



## MAVİ KOD KAYIT FORMU

Doküman No.	HB.FRM.21	Revizyon No:0	Revizyon Tarihi:
Yürürlük Tarihi	14.08.2020	Sayfa Numarası:	1/1

**Mavi Kod Bildiren Birim:**

**Mavi Kod Olay Yeri:**

**Mavi Kod Bildirim Tarih ve Saati:**

**Mavi Kod Ekibinin Olay Yerine Geliş Saati:**

**Müdahale Eden Mavi Kod Sorumlusu ve Diğer Ekip Üyeleri:**

**Anestezi Doktoru Anestezi Teknisyeni Sağlık Personeli Süpervizör Hemşire Güvenlik P.**

**MÜDAHALE EDİLEN KİŞİNİN:**

**Adı Soyadı:**

**T.C. Kimlik no:**

**Mavi kod sebebi:**

**Yapılan müdahale:**

**SONUÇ:**

Ex

Ex Değil

Sevk

Diğer

**Mavi kod ekip lideri**

**İmza / Kaşe**

**Not:** Mavi kod ekibi en geç üç dakika (3 dakika) içerisinde bildirim yerinde olmalıdır. Formların bir nüshası Kalite Birimine teslim edilecektir.