



**MALZEME VE CİHAZ OLUMSUZ OLAY BİLDİRİM FORMU**

Dok. Kod: MC.FR.02

Yayın Tarihi:05.08.2021

Revizyon No:00

Revizyon Tarihi:00

Sayfa Sayısı:1

1	Olumsuz Olayın Gerçekleştiği Sağlık Kuruluşunun Adı	
2	Olumsuz Olayın Gerçekleştiği Sağlık Kuruluşunda Görevli Uyarı Sistemi Sorumlu Kişi Adı ve İletişim Bilgileri	
3	Olumsuz Olayın Gerçekleştiği Lokasyon/Birimi	
4	Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Adı	
5	Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Markası	
6	Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Model/Katalog Numarası	
7	Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Seri/Lot/Parti Numarası	
8	Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Stok Bilgileri	
9	Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Üretici/İthalatçı Firma Adı	
10	Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Nereden Temin Edildiği	
11	Olumsuz Olaya Hasta Dahiliyeti Varsa Hasta Adı	
12	Olumsuz Olaya Hasta Dahiliyeti Varsa Hasta Protokol Numarası	
13	Olumsuz Olayın Açıklaması	