

Form-03



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABI HASTANESİ

OLAY BİLDİRİM FORMU

HAP.FR.03

Yürürlük Tarihi

Revizyon No

Revizyon Tarihi

Sayfa No

İl /İlçe Adı:

Tarih / Saat:

Olayın Tanımı:

Yapılan ilk müdahale bilgisi:

Yaralı Sayısı:

Ölü Sayısı :

Bilgi Veren (İlgili Kişi):

112 AÇM Müdürlüğü Tel. No:

Sağlık Komuta Merkezi Tel. No:

Sağlık Komuta Merkezi Faks No:

İL SAKOM Tel. No:

İL SAKOM Faks No:

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Olayı haber alan kişi tarafından doldurulur.
- 3) OYE tarafından uygun görülen birim ve kişilere gönderilir.