



# HEMOV J LANS STENMEYEN OLAY B LD R M FORMU

Doküman Kodu	TH.FR.06
Yayın Tarihi	17.05.2017
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1

Kan Hizmet Biriminin Adı								
Bildirim Yapan Birim								
Olay Tanımı								
stenmeyen Olay Tarihi (gün, ay, yıl) .. /.../.....		stenmeyen Olay Bildirim Tarihi .. /.../.....						
stenmeyen Olayın Niteli i		KÖK NEDEN ANAL Z						
		Materyal	Ekipman	Personel	Altyapı	Süreç	Yönetim	Di er (Açıklayınız)
Kan Ba 1 1	Tam Kan Ba 1 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aferez Ba 1 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratuvar	mmuno-hematoloji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mikrobiyoloji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan/Kan Bile eni leme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saklama / Depolama		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da ıtım / Ta ıma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serbest Bırakma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di er (açıklayınız)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B LD R M YAPAN/LAR</b>								
Unvan		Ad -Soyad				mza		