



HEMOVİJİLANS İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM 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								
İstenmeyen Olay Tarihi (gün, ay, yıl) .. /.. /....		İstenmeyen Olay Bildirim Tarihi . / . /						
İstenmeyen Olayın Niteliği		KÖK NEDEN ANALİZİ						
		Materyal	Ekipman	Personel	Altyapı	Süreç	Yönetim	Diğer (Açıklayınız)
Kan Bağışı	Tam Kan Bağışı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aferez Bağışı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratuvar	İmmuno-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 Bileşeni İşleme		<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"/>
Dağıtım / Taşıma		<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"/>
Diğer (açıklayınız)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BİLDİRİMİ YAPAN/LAR								
Unvan		Ad -Soyad				İmza		