|  |
| --- |
| **Birinci Bölüm** |
| Olayın Konusu |  | İlaç Güvenliği |
|  | Cerrahi Güvenlik |
|  | ...... |
|  | ...... |
|  | ...... |
|  | ...... |
|  | ...... |
|  |
| **İkinci Bölüm** |
| Olayın Olduğu tarih ve Saat |  |
| Olayın Olduğu Bölüm |  |
|  |
| **Üçüncü Bölüm** |
| Olayı Anlatınız |  |
| **Dördüncü Bölüm** |
| Varsa Görüş ve Önerilerinizi Yazınız |  |
| **AÇIKLAMA** |
| 1. Bölümde olayın ilgili olduğu konu veya konular işaretlenmelidir.1. ve 3. Bölümlerin Doldurulması ZORUNLUDUR.2. ve 4. Bölümlerin doldurulması ZORUNLU DEĞİLDİR.3. ve 4. Bölüm Bildirimi yapan kişinin kendi cümleleri ile yazılmalıdır. |
| **BİLDİRİM FORMU DEĞERLENDİRMESİ** |
|  | 1. ve 3. Bölümler doldurulmuş mu? |
|  | 2. ve 4. Bölümler bildirimi yapanın kendi cümleleri ile yazılmış mı? |
|  | Formların 2. ve 4. Bölümlerinde olay ile ilgisi olan çalışanların isim(leri) ve/veya çalışanlar için herhangi bir tanımlayıcı kullanılmış mı? |

**Doküman No: GRS.FR.001 Revizyon Tarihi:**

**Yayın Tarihi: Temmuz 2016 Rev. No:**