|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:**