|  |  |
| --- | --- |
|   | **OLUMSUZ OLAY BİLDİRİM FORMU** |
|   | [**Tıbbi Cihazlar Uyarı Sistemine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ**](http://www.titck.gov.tr/UnitDetails.aspx?DetailId=d2V567voJQ4=&Laws=Epr6Z9YniCA=) |
| 1. | **Olumsuz Olayın Gerçekleştiği Sağlık Kuruluşunun Adı:** |   |
| 2. | **Olumsuz Olayın Gerçekleştiği Sağlık Kuruluşunda görevli uyarı sistemi sorumlu kişi adı ve iletişim bilgileri** |   |
| 3. | **Olumsuz Olayın Gerçekleştiği Lokasyon / Birim:** |    |
| 4. | **Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Adı:** |   |
| 5. | **Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Markası:** |   |
| 6. | **Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Model/Katolog Numarası:** |   |
| 7. | **Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Seri/Lot/Parti Numarası:** |   |
| 8. | **Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Barkod/UBB Numarası:** |   |
| 9. | **Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Stok Bilgileri:** |   |
| 10. | **Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Üretici/İthalatçı Firma Adı:** |   |
| 11. | **Olumsuz Olaya Dahil Olan Tıbbi Cihazın Nereden Temin Edildiği:**  |   |
| 12. | **Olumsuz Olayda Hasta Dahiliyeti Varsa Hasta Adı:** |   |
| 13. | **Olumsuz Olayda Hasta Dahiliyeti Varsa Hasta Protokol Numarası:** |   |
| 14. | **Olumsuz Olayın Açıklaması:** |   |