|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| indir | | **SAVUR PROF. DR. AZİZ SANCAR İLÇE DEVLET HASTANESİ**  **DÜZELTİCİ ÖNLEYİCİ FAALİYET FORMU** | | | | | | | |
| **KODU** | **KU.FR.01** | **YAYIN TARİHİ** | **01.11.2018** | **REVİZYON TARİHİ** | **20.06.2021** | **REVİZYON NO** | **01** | **SAYFA SAYISI** | **01** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FAALİYETİN TÜRÜ** | | | **DÜZELTİCİ:** | | | | | **ÖNLEYİCİ:** | |
| **TARİH : ......./....../20...** | | | **YER:** | | | | | | |
| **UYGUNSUZLUK CİNSİ** | | | | | | | | | |
| **SERVİS** | **POLİKLİNİK** | | | **LABORATUVAR** | | **EKİPMAN** | | | **HASTA ŞİKAYETİ** |
| **SİSTEM** | **DÖKÜMAN** | | | **KONTROL** | | **İÇ DENETİM** | | | **DİĞER** |
| **UYGUNSUZLUĞUN TANIMI:** | | | | | | | | | |
| **UYGUNSUZLUĞUN KAYNAĞI/NEDENİ** | | | | | **FAALİYETİN GERÇEKLEŞMESİNE AİT KARARLAR** | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| **DÖF İsteyen** | | **Kalite Yönetim Direktörü** | | | | | **Faaliyet Yapılacak Bölüm** | | |
| **Dolduran:**  Tarih: ....../....../20.... | |  | | | | |  | | |
| **FAALİYETİN DOĞRULAMASI** | | | | | | | | | |
| **Alınan Önlemler Yeterli Mi?** | | **Hayırsa Neden? :** | | | | | | | |
| Evet Hayır | |
| **DÖF İsteyen** | | **Kalite Yönetim Direktörü** | | | | | **DÖF Sorumlusu** | | |