Demo Hastanesi

SAĞLIK YETKİLİLERİ İLE BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU

Doküman Kodu: AD.FR.030	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Olay Adı		**Başlangıç Tarihi:**
Olay Yeri		
Sayfa Numarası		

Tarih ve Saat	**Paylaşılan Bilgiler, Kim Tarafından (OYE) ve Kiminle** (Kurum adı, kişi ad, görev, irtibat bilgileri)	**Hastane müdahale yönetimindeki Görev ve Sorumluluklar** (Yalnızca temel unsurlar)	**Kararlaştırılan eylemler (Ne, nasıl, kim, ne zaman, nerede)**	**Faaliyetlerin Takibi ve İzlenmesi** (Nasıl, ne zaman, kim, ne)

*Olay Yönetim Ekibi tarafından kullanılacaktır.