



ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
DÜZELTİCİ ÖNLEYİCİ FAALİYET FORMU

Form Tipi		Düzenlenme Nedeni					DÖF NO	
Düzeltilici Faaliyet	Önleyici Faaliyet	Süreç Kontrol	İç tetkik	Dış tetkik	Hasta Şikâyeti	Diğer	Tarih	..... / ..... / 20.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Aksaklığın Tespit Edildiği Birim</u>	

**AKSAKLIĞIN TANIMI**

	Aksaklığın Tanımlayan Ad-Soyad / İmza
	Tarih ...../...../20...

**AKSAKLIĞIN KÖK NEDENİ**

	İlgili Birim Sorumlusu Ad-Soyad / İmza
	Tarih ...../...../20...

İş durdurma gerekli mi?

E

H

Aksaklığın tahmini giderilme tarihi: ..... / ..... / 20.....

**DÜZELTME İŞLEMİ (İlk Yapılan İşlem)**

	Birim Sorumlusu Ad-Soyad / İmza
	Tarih ...../...../20...
	Yönetim Temsilcisi Ad-Soyad / İmza
	Tarih ...../...../20...

**DÜZELTİCİ FAALİYET (Tekrarını Önlemek İçin Yapılan İşlem)**

--

Birim Sorumlusu: Ad-Soyad / İmza

Tarih ...../...../20...

Yönetim Temsilcisi: Ad-Soyad / İmza

Tarih ...../...../20...



ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
DÜZELTİCİ ÖNLEYİCİ FAALİYET FORMU

DÜZELTİCİ/ ÖNLEYİCİ FAALİYETİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SONUÇ

Aksaklık kapatılmıştır.

Düzeltici /Önleyici Faaliyet geliştirilmelidir.

Üst yönetim kararı gereklidir.

Değerlendirmeyi Yapan :  
Ad-Soyad / İmza

Tarih: ...../...../20.....

ÜST YÖNETİM KARARI

(Üst Yönetim kararına ihtiyaç duyulmuş ise doldurunuz)

Yönetim Temsilcisi: Adı Soyadı ve İmzası:  
...../...../20.....

Tarih:

ALINAN KARARIN TAKİBİ

SONUÇ:

Yönetim Temsilcisi: Adı Soyadı ve İmzası:  
...../...../20.....

Tarih: