

UYGUNSUZLUK BİLDİRİM FORMU

Doküman No	YÖN FR 015
Yayın Tarihi	01.06.2022
Revizyon No	1
Revizyon Tarihi	01.12.2023
Sayfa No	1 / 1

UYGUNSUZLUĞUN TESPİT EDİLDİĞİ AŞAMA

- Şikayet Cihaz Kalibrasyonu Personel Gözlem ve Denetimleri
 Yönetim Gözden Geçirme İç-Dış Kalite Kontrol Diğer:

UYGUNSUZLUK TANIMI / NEDENİ

Etkilenen: Test Cihaz Faaliyet: Tarih: / /

Açıklama:

Tespit Eden
Adı Soyadı
İmza

Departman Sorumlusu
Adı Soyadı
İmza

UYGUNSUZLUK DEĞERLENDİRİLMESİ (Analiz ile İlgili Uygunsuzluklar İçin)

- 1) Klinik önem derecesi Önemli Önemsiz
2) Testin/Testlerin durdurulması gerekli mi? Evet Hayır
3) Testin raporlanması durdurulmalı mı? Evet Hayır
4) Benzer testlerin raporlanması durdurulmalı mı? Evet Hayır
5) İstem sahibinin klinik bilgilendirilmesi gerekli mi? Evet Hayır
6) Test sonuçları raporlandı mı? Evet Hayır
7) Test raporu gönderildiyse geri alınmalı mı? Evet Hayır
8) İlave Yorum:

Departman Sorumlu
İmza

UYGUNSUZLUĞU GİDERME AMAÇLI FAALİYET

Görevli: Başlama Tarihi: / / Bitiş Tarihi: / /
Faaliyet:

Adı Soyadı
İmza

SONUÇ DEĞERLENDİRME

Tarih: / /

Uygunsuzluk etkin olarak giderildi mi? Evet Hayır

Uygunsuzluğun tekrar etme olasılığı var mı? Evet Hayır DF No:

Açıklama:

Kalite Yönetim Temsilcisi
İmza

Departman Sorumlu
İmza

Mesul Müdür
İmza

HAZIRLAYAN

KALITE YÖNETİM TEMSİLCİSİ

ONAYLAYAN

MESUL MÜDÜR