

Exemplar nr.

FIȘĂ DE IDENTIFICARE ȘI EVIDENȚIERE A DISFUNCȚIONALITĂȚILOR

Spitalul evaluat:.....

Perioada efectuării vizitei de evaluare:.....

Întocmit de :

Data:.....

(nume și prenume evaluator, semnătură)

Pentru conformitate

Reprezentantul spitalului:

Data:.....

(nume și prenume, semnătură)

Funcția/ department:.....

I. Descrierea situației:

II. Constatări:

III. Cauze:

IV. Consecințe:

V. Recomandări:

VI. Remediere*

DA

Data:.....

*dacă se rezolvă în timpul vizitei de evaluare