

**FIȘĂ DE IDENTIFICARE ȘI EVIDENȚIERE
A DISFUNȚIONALITĂȚILOR**

Spitalul: (denumire spital)

Perioada efectuării vizitei de verificare: (zz/ll/aaaa)

Întocmit de:

(nume și prenume evaluator, semnătură)

Data: (zz/ll/aaaa)

Pentru conformitate și asumare - reprezentantul spitalului:

(nume și prenume, semnătură)

Data: (zz/ll/aaaa)

Department unde a fost identificată disfuncționalitatea:

.....

I. Descrierea situației:

II. Constatări:

III. Cauze:

VI. Remediere* **DA/NU**

Data: (zz/ll/aaaa)

* dacă se rezolvă în timpul vizitei