

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/ departament:**.....

---

***I. Descrierea situației:***

***II. Constatări:***

***III. Cauze:***

***IV. Consecințe:***

***V. Recomandări:***

**VI. Remediere\***     **DA**

**Data:**.....

\*dacă se rezolvă în timpul vizitei de evaluare