

Okołooperacyjna Karta Kontrolna

Potwierdzenie wdrożenia

Deklarację prosimy wypełnić i przesłać na adres pocztowy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

TREŚĆ DEKLARACJI

Potwierdzam wprowadzenie i wdrożenie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej (OKK) do praktyki zabiegowej jednostki zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i rekomendacją Ministra Zdrowia. Zobowiązujemy się do przeszkolenia zespołów operacyjnych, wprowadzenia i stosowania Karty zgodnie z metodologią zawartą w przewodniku *Podstawy Wprowadzenia Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej*.

DANE SZPITALA WDRAŻAJĄCEGO OKK

Pełna nazwa
jednostki:

Ulica:

Kod:

Miasto:

Województwo *(proszę wybrać z listy)*:

Telefon sekretariat:

Faks sekretariat:

E-mail sekretariat:

Data wdrożenia OKK w szpitalu:

KOORDYNATOR OKOŁOOPERACYJNEJ KARTY KONTROLNEJ - odpowiedzialny za wdrożenie OKK w szpitalu

Imię:

Nazwisko:

Stanowisko / funkcja *(proszę wpisać lub wybrać z listy)*:

Tel. *(służbowy)*:

E-mail *(służbowy)*:

DYREKTOR

Imię:

Nazwisko:

Data:

Podpis Dyrektora _____

Skąd dowiedział/a się Pan/Pani o Karcie Kontrolnej: