



**HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH  
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA  
Kod Dokumen: HSAAS/CSSU/BR161**

**BORANG LAPORAN INSIDEN/ADUAN ALATAN SURGIKAL**

**MAKLUMAT PEMAKLUM**

NAMA :  
JAWATAN :  
NO. STAF :

UNIT / JABATAN :  
NO. TELEFON :

**JENIS INSIDEN:** (Tandakan (v) pada kotak berkenaan)

Kehilangan	
Kerosakan	
Lain-lain: Nyatakan	

**LOKASI:** (Tandakan (v) pada kotak berkenaan)

OT	
Wad	
Klinik	
Lain-lain : Nyatakan	

**NAMA PERALATAN / SET :**

**KETERANGAN INSIDEN / KRONOLOGI :** (Kepilkan lampiran jika perlu)

Dilaporkan oleh:

.....

(Tandatangan staf)

Nama :

Jawatan :

Tarikh / masa :

Diterima oleh:

.....

(Tandatangan staf CSSU)

Nama :

Jawatan :

Tarikh / masa :

**TINDAKAN SUSULAN OLEH PIHAK CSSU:**