



AMELİYATHANE SARF MALZEME FORMU

Doküman Kodu	AH.FR.02
Yayın Tarihi	04.01.2016
Revizyon No	2
Revizyon Tarihi	19.11.2018 10.06.2019
Sayfa No	1/2

Oda No :	Saat :
Tarih :	Hasta Yaşı : E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
Hasta Adı:	Dosya/Prt No:
Yapılan Operasyon:	
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Dolduruldu <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR	

Operasyon Öncesi		Operasyon Çıkışı	
Tampon.....adet	adet	
Uzun gaz.....adet	adet	
Fındık tampon.....adet	adet	
Kompres.....adet	adet	
İğne.....adet	adet	
Alet.....adet	adet	
Bistüri ucu.....adet	adet	
Diğer.....adet	adet	
<u>Eksik Yok</u>	<u>Eksik Var – Bulunamadı</u>	<u>Yeniden Açıldı</u>	<u>Skopi – Röntgen Kontrolü Yapıldı</u>

Ameliyat Salon Personeli/Teknikeri Adı -Soyadı İmza	Ameliyat Hemşiresi Adı-Soyadı İmza	Dr. Adı-Soyadı

GÖREV DEĞİŞİMİ	Devreden Ameliyat Hemşiresi Adı-Soyadı İmza	Devreden Ameliyat Salon Personeli Adı-Soyadı İmza
GÖREV DEĞİŞİMİ	Devralan Ameliyat Hemşiresi Adı-Soyadı İmza	Devralan Ameliyat Salon Personeli Adı-Soyadı İmza

Notlar:

Patoloji Numunesi Var Yok

Teslim Edildi Dr. Adı-Soyadı İmza	Teslim Edildi Hemşire Adı-Soyadı İmza	Teslim Edildi Personel Adı-Soyadı İmza	Teslim Alan Tıbbi Sekreter Adı-Soyadı İmza