

KOD	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.FR.12	01.01.2017	----	0	Sayfa 1 / 2

Hasta Adı Soyadı:	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> KADIN <input type="checkbox"/> ERKEK↑
Doğum Tarihi: / /	Servisi:
Protokol No:	Teslim Tarihi / Saat: / / 20.... -

Not: Bu Alana barkod yapıştırılabilir.

Ameliyat Öncesi Tanı:.....

Vital Bulgular

Ateş:	Nabız:	Tansiyon:	Solunum Sayısı:	Kan Şekeri:
-------	--------	-----------	-----------------	-------------

SERVİS FAALİYETLERİ

Kontrol Eden

Hastaya ameliyat öncesi bilgi verildi.	
Hasta yeterli süre aç bırakıldı.	
Hastanın protezi, takma dişleri, takıları v.b çıkartıldı.	
Hastaya ameliyat önlüğü giydirildi.	
Hastanın cerrahi onam belgesi kontrol edildi.	
Doktor istemine göre profilaktif tedavi yapıldı. (.....)	
Hasta dosyası gerekli malzemeler: sonda, ilaç v.b teslim edildi.	
Belirtilmesi Gereken Özel Bir Durum	

İlaç Alerjisi: ↑ <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK	Lavman: <input type="checkbox"/> Yapıldı <input type="checkbox"/> Yapılmadı	HIV ()	HCV ()
Teslim Eden/ imza	Teslim Alan/ imza		

AMELİYATHANEDEN UYANDIRMA ODASINA TESLİM

Kontrol Eden

Hastanın damar yolu ↑ <input type="checkbox"/> AÇIK <input type="checkbox"/> YOK	Ameliyattan çıkış saati::.....
Hastanın bilinci ↑ <input type="checkbox"/> AÇIK <input type="checkbox"/> KAPALI	İdrar Sondası <input type="checkbox"/> TAKILI <input type="checkbox"/> DEĞİL
Solunumu saturasyonu: ↑	Dreni <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK

Varsa önemli not:

Teslim Eden/ imza	Teslim Alan/ imza
-------------------	-------------------

UYANDIRMA ODASINDAN SERVİSE TESLİM

Kontrol Eden

Ameliyat sonrası hasta uyandı <input type="checkbox"/>	
Bilinci <input type="checkbox"/> AÇIK <input type="checkbox"/> KAPALI	Solunum <input type="checkbox"/> DÜZENLİ <input type="checkbox"/> DÜZENSİZ
Dreni <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK	İdrar Sondası <input type="checkbox"/> TAKILI <input type="checkbox"/> DEĞİL İdrar çıkışı <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok↑
Damar yolu <input type="checkbox"/> AÇIK <input type="checkbox"/> YOK	Ağrı kesici <input type="checkbox"/> YAPILDI (.....) <input type="checkbox"/> YAPILMADI

Vital Bulgular

Tansiyon:.....	Nabız:.....	Solunum Sayısı:.....	Ameliyattan çıkış saati::.....
----------------	-------------	----------------------	--------------------------------------

Teslim Eden/ imza	Teslim Alan/ imza
-------------------	-------------------