

AMELİYAT PAYDA GİRİŞ FORMU



Döküman Kodu: AH.FR.05

Yayın Tarihi: 13.01.2021

Revizyon Tarihi:-

Revizyon No:00

Sayfa No : 1 / 1

Servis Adı	Ameliyat Adı / UHSA Kod	Hasta Adı- Soyadı/ Dosya no	Ameliyat Tarihi	Süre (dk)	Yara Sınıfı		ASA Skoru	Laparo - Endoskopik	Acil Elektif	Anestezi	Proflaksi		Antibiyotik adı	Cerrah(lar)		
					T	TK					1	2			3	Tek doz
					K	KE	4	5	Evet	Acil Elektif	G	L	S/E	Tek doz >24s	24s	
					K	KE	4	5	Hayır					Indüks >2s	1-2s	
					T	TK	1	2	3	Evet	Acil Elektif	G	L	S/E	Tek doz >24s	24s
					K	KE	4	5	Hayır					Indüks >2s	1-2s	
					T	TK	1	2	3	Evet	Acil Elektif	G	L	S/E	Tek doz >24s	24s
					K	KE	4	5	Hayır					Indüks >2s	1-2s	
					T	TK	1	2	3	Evet	Acil Elektif	G	L	S/E	Tek doz >24s	24s
					K	KE	4	5	Hayır					Indüks >2s	1-2s	

Hazırlayan
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
İmza

Onaylayan
Başhekim
İmza

Yayınlayan
Kalite Müdürü
İmza

					T K	TK KE	1 2 3 4 5	Evet Hayır	Acil Elektif	G L S/E	Tek doz□ 24s□ >24s□ Indüks□ 1-2s□ >2s□		
					T K	TK KE	1 2 3 4 5	Evet Hayır	Acil Elektif	G L S/E	Tek doz□ 24s□ >24s□ Indüks□ 1-2s□ >2s□		
					T K	TK KE	1 2 3 4 5	Evet Hayır	Acil Elektif	G L S/E	Tek doz□ 24s□ >24s□ Indüks□ 1-2s□ >2s□		

* Yara sınıfları : **T (Temiz) K(Kontamine) TK(Temiz Kontamine) KE(Kirli Enfeksiyon)**

Hazırlayan Hemşirelik Hizmetleri Müdürü İmza	Onaylayan Başhekim İmza	Yayınlayan Kalite Müdürü İmza
--	-------------------------------	-------------------------------------