	İZOLASYON UYGULAMA TAKİP FORMU	Dokuman No:	ENF.FR.07
		Yayın Tarihi:	18.01.2010
		Rev.No:	00
		Rev.No:	
		Sayfa No:	1/1

HASTANIN ADI SOYADI: **YAŞI:** **PROTOKOL NO:** **HASTA KAYIT NO:**	**SERVİS:** **ODA/YATAK NO:** **TANI:**

UYGULANAN İZOLASYON TÜRÜ	**( ) SOLUNUM İZOLASYONU ( ) DAMLACIK İZOLASYONU** **( ) TEMAS İZOLASYONU ( ) SIKI TEMAS İZOLASYONU**								**REFAKATÇİ:** **EĞİTİM TARİHİ: İMZA**					
	TARİH	SAAT	SAAT	SAAT	SAAT	SAAT	SAAT	SAAT	SAAT	SAAT	SAAT	SAAT	SAAT	İMZA
ODANIN HAVALANDIRILMASI	1.GÜN …/…/…													
	2.GÜN …/…/…													
	3.GÜN …/…/…													
	4.GÜN …/…/…													
	5.GÜN …/…/…													
TIBBİ CİHAZ TEMİZLİĞİ	**HASTANIN KENDİSİNE AİT CİHAZ KULLANILDI:** **ORTAK CİHAZ KULLANILDI:** **KULLANILAN CİHAZ İSİMLERİ:**													
HASTADA ÜREYEN MİKROORGANİZMALAR														

ORTAM YÜZEYİNİN DEZENFEKSİYONU	**SABAH**	1.GÜN	2.GÜN	3.GÜN	**ÖĞLE**	1.GÜN	2.GÜN	3GÜN	**AKŞAM**	1.GÜN	2.GÜN	3.GÜN
		4.GÜN	5.GÜN			4.GÜN	5.GÜN			4.GÜN	5.GÜN	