



**KALÇA PROTEZİ OPERASYONU YAPILAN HASTALARDA
REOPERASYON GEREKEN HASTA ORANI (İLK 2 AY) VERİ TOPLAMA
FORMU**

Dokuman No	İND.FR.353
Yayın Tarihi	25.10.2017
Rev.No	00
Rev.Tarihi	
Sayfa No	1/1

YIL:		AY:		
SIRA NO	HASTA ADI SOYADI	TANISI	HEKİMİ	REOPERASYON NEDENİ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				