

## CERRAHİ ALAN ENFEKSİYON HIZLARI ORANI VERİ TOPLAMA FORMU

Dokuman No:	IND.FR.54
Yayın Tarihi:	21.01.2014
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

YIL:

AY:

SIRA NO	TARİH	HASTA ADI SOYADI	AMELİYAT ADI	AMELİYAT ACİLİYETİ		ANESTEZİ TÜRÜ	PROFİLAKSİ	ENFEKSİYON ÇIKIŞ TARİHİ	ENFEKSİYON KAYNAĞI	SONUÇ
				ACİL	ELEKTİF					
1						<input type="checkbox"/> GENEL <input type="checkbox"/> LOKAL <input type="checkbox"/> SPİNAL	<input type="checkbox"/> TEK DOZ <input type="checkbox"/> İNDÜKSİYON <input type="checkbox"/> DİĞER			<input type="checkbox"/> Enfeksiyon Giderildi <input type="checkbox"/> Kısmen Giderildi <input type="checkbox"/> Değişiklik Yok
2						<input type="checkbox"/> GENEL <input type="checkbox"/> LOKAL <input type="checkbox"/> SPİNAL	<input type="checkbox"/> TEK DOZ <input type="checkbox"/> İNDÜKSİYON <input type="checkbox"/> DİĞER			<input type="checkbox"/> Enfeksiyon Giderildi <input type="checkbox"/> Kısmen Giderildi <input type="checkbox"/> Değişiklik Yok
3						<input type="checkbox"/> GENEL <input type="checkbox"/> LOKAL <input type="checkbox"/> SPİNAL	<input type="checkbox"/> TEK DOZ <input type="checkbox"/> İNDÜKSİYON <input type="checkbox"/> DİĞER			<input type="checkbox"/> Enfeksiyon Giderildi <input type="checkbox"/> Kısmen Giderildi <input type="checkbox"/> Değişiklik Yok
4						<input type="checkbox"/> GENEL <input type="checkbox"/> LOKAL <input type="checkbox"/> SPİNAL	<input type="checkbox"/> TEK DOZ <input type="checkbox"/> İNDÜKSİYON <input type="checkbox"/> DİĞER			<input type="checkbox"/> Enfeksiyon Giderildi <input type="checkbox"/> Kısmen Giderildi <input type="checkbox"/> Değişiklik Yok
5						<input type="checkbox"/> GENEL <input type="checkbox"/> LOKAL <input type="checkbox"/> SPİNAL	<input type="checkbox"/> TEK DOZ <input type="checkbox"/> İNDÜKSİYON <input type="checkbox"/> DİĞER			<input type="checkbox"/> Enfeksiyon Giderildi <input type="checkbox"/> Kısmen Giderildi <input type="checkbox"/> Değişiklik Yok
6						<input type="checkbox"/> GENEL <input type="checkbox"/> LOKAL <input type="checkbox"/> SPİNAL	<input type="checkbox"/> TEK DOZ <input type="checkbox"/> İNDÜKSİYON <input type="checkbox"/> DİĞER			<input type="checkbox"/> Enfeksiyon Giderildi <input type="checkbox"/> Kısmen Giderildi <input type="checkbox"/> Değişiklik Yok