



CERRAHİ PROFİLAKSİDE ANTİBİYOTİKLERİN DOĞRU KULLANIM ORANI VERİ TOPLAMA FORMU

Dokuman No:	IND.FR.58
Yayın Tarihi:	21.01.2014
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

YIL:

AY:

SIRA NO	HASTA ADI SOYADI	DOKTOR ADI	AMELİYAT ADI	KULLANILAN ANTİBİYOTİK	BAŞLANGIÇ / BİTİŞ TARİHİ	GİRİŞİM ÖNCESİ ANTİBİYOTİK	AMELİYAT TARİHİ	SÜRE (dk)	*YARA SINIFI	ASA SKORU	ACİLİYET	ANESTEZİ	PROFİLAKSİ	PROFİLAKSİ UYGUNLUĞU
1									<input type="checkbox"/> K1 <input type="checkbox"/> K2 <input type="checkbox"/> K3 <input type="checkbox"/> K4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Elektif	<input type="checkbox"/> Genel <input type="checkbox"/> Lokal <input type="checkbox"/> Spinal	<input type="checkbox"/> Tek Doz <input type="checkbox"/> 24 s <input type="checkbox"/> >24 s <input type="checkbox"/> İndüks. <input type="checkbox"/> 1-2 s <input type="checkbox"/> >2 s	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır ** ***
2									<input type="checkbox"/> K1 <input type="checkbox"/> K2 <input type="checkbox"/> K3 <input type="checkbox"/> K4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Elektif	<input type="checkbox"/> Genel <input type="checkbox"/> Lokal <input type="checkbox"/> Spinal	<input type="checkbox"/> Tek Doz <input type="checkbox"/> 24 s <input type="checkbox"/> >24 s <input type="checkbox"/> İndüks. <input type="checkbox"/> 1-2 s <input type="checkbox"/> >2 s	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır ** ***
3									<input type="checkbox"/> K1 <input type="checkbox"/> K2 <input type="checkbox"/> K3 <input type="checkbox"/> K4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Elektif	<input type="checkbox"/> Genel <input type="checkbox"/> Lokal <input type="checkbox"/> Spinal	<input type="checkbox"/> Tek Doz <input type="checkbox"/> 24 s <input type="checkbox"/> >24 s <input type="checkbox"/> İndüks. <input type="checkbox"/> 1-2 s <input type="checkbox"/> >2 s	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır ** ***

*YARA SINIFI K1:Temiz , K2: Temiz/Kontamine , K3: Kontamine , K4: Kirli

**Antibiyotik kullanım süresi (gün) yazılacak

*** Kullanılan günlük doz yazılacaktır.