|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIRA NO** | **AD SOYAD** | **BİRİM ADI** | **Üriner kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu sayısı** | **Üriner kateter kullanım günü** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ÜRİNER KATETER İLİŞKİLİ ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU VERİ TOPLAMA FORMU** |  |
| **KODU: Gİ.GB.EN.FR 07** | **YAYIN TARİHİ: 02.01.2017** | **REVİZYON NO:** | **REVİZYON TARİHİ:** | **SAYFA NO: 1/1** |

**AY / YIL :………………………………………..**