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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UMBLİKAL KATETER İLİŞKİLİ KAN DOLAŞIMI ENFEKSİYONLARI VERİ TOPLAMA FORMU** |  |
| **KODU:**  **Gİ.GB.EN.FR.09** | **YAYIN TARİHİ02.01.2017** | **REVİZYON NO: 00** | **REVİZYON TARİHİ:** | **SAYFA NO: 1/1** |

**AY / YIL :………………………………………..**