|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **AMELİYATTA SAYIMI YAPILACAK MALZEME FORMU** |  |
| **AH.FR.14** | **YAYIN TARİHİ: 24.08.2016** | **REVİZYON NO:00** | **REVİZYON TARİHİ:00** | **SAYFA NO:1/1** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hastanın Adı Soyadı** |  | **Tarih** |  |
| **Cinsiyeti** |  | **Salon no** |  |
| **Tc. Kim. No** |  | **Yapılan Ameliyat** |  |
| **Dosya/Prt. No** |  |  |
|  | **1.SAYIM****(Ameliyat Öncesi)** | **2.SAYIM****(Kapatmadan Önce)** | **3.SAYIM****(Ameliyat Sonu)** |
| AMELİYATA BAŞLARKEN | İLAVE | **TOPLAM** | KULLANILAN MALZEME | KULLANILMAYAN MALZEME | **TOPLAM** | KULLANILAN MALZEME | KULLANILMAYAN MALZEME | **TOPLAM** |
| GAZ KOMPRES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TAMPON |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CERRAHİ ALET |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| İĞNE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DİĞER |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **TAMAMDIR** |
| **ENSTRÜMANTE HEMŞİRE** | **ASİSTE HEMŞİRE** | **DOKTOR** |
| Adı/Soyadı | İmza | Adı/Soyadı | İmza | Adı/Soyadı | İmza |