MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

ANESTEZİ / AMELİYAT LİSTESİ

Bölüm Adı:_____ **Tarih:** ___/___/202_ **Gün:** _____

Salon / Sıra No	Yatak / Prot. No	Hasta Adı, Soyadı	Yaşı	Ağırlık / Boy	Pre. Operatif Diagnoz	Hastanın Operasyonu	Tahmini		Operatör	Oper. Başlangıç saati	Hastanın özel Operatörü, Özel İstekleri vb.	Sağlık Güvencesi
							Oper. Süre (dk)	Kanama Miktarı				

( ) : Kurumlar vb. gibi yerlerden sevk evrakı ile gelenler.

( ) : Evraklı + Prim, Emekli + Prim, Ücretli + Prim olarak belirtilecek.

Anabilim Dalı Bas.

Adı / Soyadı :

İmzası :