

AMELİYATHANE HASTA GİRİŞ-ÇIKIŞ KONTROL FORMU**TARİH:**

NO	HASTA ADI	SERVİS	AMELİYATHANE GİRİŞ KONTROLÜ	AMELİYATHANE ÇIKIŞ KONTROLÜ	AMELİYATHANE GİRİŞ		AMELİYATHANE ÇIKIŞ	
					TESLİM EDEN	TESLİM ALAN	TESLİM EDEN	TESLİM ALAN
1.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
2.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
3.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
4.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
5.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
6.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
7.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
8.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
9.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
10.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
11.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
12.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
13.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
14.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
15.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
16.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
17.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
18.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
19.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
20.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
21.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
22.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				
23.			1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/>				

1) GCKF**2) Klinik Hemşiresi****3) Cerrahi onam formu****4) Hasta bilekliği****A) (GCKF) Anestezi Ekibi****B) (GCKF) Cerrahi Ekip****C) (GCKF) 4. Bölüm****D) Güvenli Anestezi Kontrol Formu**