

ÖRNEK ALINAN DOLUM NUMARASI

ÖRNEK ALIM TARİHİ:...../...../.....

İLK DOLUM MAYI ÖRNEK	İLK DOLUM LİPİT ÖRNEK
<p>ÖRNEK GÖNDERİLEN HASTA BARKODU:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"><p><b>BARKOD</b> Hasta adı Soyadı: Doğum Tarihi : T.C.Kimlik Numarası:</p></div> <p><input type="checkbox"/> Üreme oldu <input type="checkbox"/> Üreme olmadı</p>	<p>ÖRNEK GÖNDERİLEN HASTA BARKODU:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"><p><b>BARKOD</b> Hasta adı Soyadı: Doğum Tarihi : T.C.Kimlik Numarası:</p></div> <p><input type="checkbox"/> Üreme oldu <input type="checkbox"/> Üreme olmadı</p>
ORTA DOLUM MAYI ÖRNEK	ORTA DOLUM LİPİT ÖRNEK
<p>ÖRNEK GÖNDERİLEN HASTA BARKODU:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"><p><b>BARKOD</b> Hasta adı Soyadı: Doğum Tarihi : T.C.Kimlik Numarası:</p></div> <p><input type="checkbox"/> Üreme oldu <input type="checkbox"/> Üreme olmadı</p>	<p>ÖRNEK GÖNDERİLEN HASTA BARKODU:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"><p><b>BARKOD</b> Hasta adı Soyadı: Doğum Tarihi : T.C.Kimlik Numarası:</p></div> <p><input type="checkbox"/> Üreme oldu <input type="checkbox"/> Üreme olmadı</p>
SON DOLUM MAYI ÖRNEK	SON DOLUM LİPİT ÖRNEK
<p>ÖRNEK GÖNDERİLEN HASTA BARKODU:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"><p><b>BARKOD</b> Hasta adı Soyadı: Doğum Tarihi : T.C.Kimlik Numarası:</p></div> <p><input type="checkbox"/> Üreme oldu <input type="checkbox"/> Üreme olmadı</p>	<p>ÖRNEK GÖNDERİLEN HASTA BARKODU:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"><p><b>BARKOD</b> Hasta adı Soyadı: Doğum Tarihi : T.C.Kimlik Numarası:</p></div> <p><input type="checkbox"/> Üreme oldu <input type="checkbox"/> Üreme olmadı</p>
KALİBRASYON TORBASİ ÖRNEK	
<p>ÖRNEK GÖNDERİLEN HASTA BARKODU:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"><p><b>BARKOD</b> Hasta adı Soyadı: Doğum Tarihi : T.C.Kimlik Numarası:</p></div> <p><input type="checkbox"/> Üreme oldu <input type="checkbox"/> Üreme olmadı</p>	<p>ONAYLANAN DOKTOR İMZA/KAŞE:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"><p><b>BARKOD</b> Hasta adı Soyadı: Doğum Tarihi : T.C.Kimlik Numarası:</p></div> <p>Not:</p>

**ÖRNEĞİ ALAN TPN HEMŞİRESİ**

Adı Soyadı, İmza

**ÖRNEĞİTESLİM EDEN:**

Ad Soyadı, İmza

**ÖRNEĞİ ALAN TPN HEMŞİRESİ**

Adı Soyadı, İmza

**ÖRNEĞİ TESLİM ALAN:**

Ad Soyadı, İmza