



Kontrol Tarihi ve Saati:

Kontrol Edilen Ameliyat Odası No:

Kontrol Eden Ad-Soyad:

**KONTROL EDİLECEK HUSUSLAR****SONUÇLAR**

Sarf Malzeme Yeterli mi?	Yeterli <input type="checkbox"/>	Yetersiz <input type="checkbox"/>
Ameliyat Lambası Çalışıyor mu?	Çalışıyor <input type="checkbox"/>	Çalışmıyor <input type="checkbox"/>
Koter Cihazı Çalışıyor mu?	Çalışıyor <input type="checkbox"/>	Çalışmıyor <input type="checkbox"/>
Fotoselli Musluklar Çalışıyor mu?	Çalışıyor <input type="checkbox"/>	Çalışmıyor <input type="checkbox"/>
Ameliyathane Temizlik İşlemleri Yapılmış mı? (Kapılar dezenfektanla silinmiş mi-çöp kovaları toplanmış mı? - Ameliyathane zili dezenfektanla silinmiş mi? -zemin ve duvarlar Dezenfektanlı su ile temizlenmiş mi? -Cihazların tozu alınmış mı?)	Yapılmış <input type="checkbox"/>	Yapılmamış <input type="checkbox"/>
Çöp Kovaları Temizlenmiş ve Ameliyat Masasının Yanına Konulmuş mu?	Konulmuş <input type="checkbox"/>	Konulmamış <input type="checkbox"/>
El Yıkama Lavabosunda Yeterli Antiseptik var mı?	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>

Not: Yukarıda kontrol edilen hususlardan veya tespit edilen diğer hususlarda her hangi bir eksik tespit ettiğinizde, aynı gün ve saat içerisinde giderilmesi için Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi' ne bilgilendiriniz. Bu formun her gün mesai bitimi veya başında hastaların ameliyathaneye kabulünden önce doldurulması zorunludur.