**Demo Hastanesi**

ÇOCUK SERVİSİ CRASH CARD TAKİP FORMU

| Doküman Kodu: HB.FR.040 | Yayın Tarihi: 15.09.2021 | Revizyon Tarihi: - | Revizyon No: 0 | Sayfa: 1 / 5 |
|---|---|---|---|---|

| | MİAD | MİN. | KRİTİK STOK | MAX | YIL | | | | | | | | | | | | | | | | AY | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | GÜNLER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| **BÖLMELER** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMİNOCARDOL AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ARİTMAL %2 AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATROPİN 0, 5 MG | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATROPİN 1 MG | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRENALİN 0, 5 MG | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRENALİN 1 MG | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AVİL AMP | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEKORT AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BELOC AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DİLTİZEM AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CALSİYUM AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CORDORONE AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DİGOXİN AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISOPTİN AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOPAMİN AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOBUTAMİN AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EPİTOİN AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEPARİN FLK. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LASİX AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERLİNGANİT AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POTASYUM AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAGNEZYUM AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREDNOL 40 MG AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE AD-SOYAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE İMZA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KONTROL EDEN SERVİS SORUMLUSU** | | | | | **TARİH:** **İMZA:** | | | | | | | **TARİH:** **İMZA:** | | | | | | | | **TARİH:** **İMZA:** | | | | | | | | **TARİH:** **İMZA:** | | | | | | | |

**Demo Hastanesi**
ÇOCUK SERVİSİ CRASH CARD TAKİP FORMU

| Doküman Kodu: HB.FR.040 | Yayın Tarihi: 15.09.2021 | Revizyon Tarihi: - | Revizyon No: 0 | Sayfa: 2 / 5 |
|---|---|---|---|---|

| | MİAD | MİN. | KRİTİK STOK | MAX | YIL | | | | | | | | | | | | | | | | AY | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | GÜNLER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| PREDNOL 20 MG AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RYTMONORM AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SODYUMBİKARB. AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRANSAMİN %10 AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| K VİT. AMP. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.ÇEKMECE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ELEKTROD | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SARGI BEZİ--FLASTER | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV KANÜL-SARI | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV KANÜL-MAVİ | | 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV KANÜL -PEMBE | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV KANÜL-YEŞİL | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV KANÜL-MOR | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GÖBEK KLEMBİ | | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BİRTÜRİ | | 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERUM SETİ | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| STERİL ELDİVEN 7, 5 | | 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O2 MASK. YETİŞKİN | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O2 MASK.PEDİATRİK | | 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SPANÇ-PED | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KAN SETİ | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOSİFLOW | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENJEKTÖR 2 CC. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE AD-SOYAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE İMZA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KONTROL EDEN SERVİS SORUMLUSU** | | | | | **TARİH:** **İMZA:** | | | | | | | **TARİH:** **İMZA:** | | | | | | | | **TARİH:** **İMZA:** | | | | | | | | **TARİH:** **İMZA:** | | | | | | | |

**Demo Hastanesi**
ÇOCUK SERVİSİ CRASH CARD TAKİP FORMU

| Doküman Kodu: HB.FR.040 | Yayın Tarihi: 15.09.2021 | Revizyon Tarihi: - | Revizyon No: 0 | Sayfa: 3 / 5 |
|---|---|---|---|---|

| | MİAD | MİN. | KRİTİK STOK | MAX | YIL | | | | | | | | | | | | | | | | AY | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | GÜNLER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| ENJEKTÖR 5 CC. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENJEKTÖR 10 CC. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENJEKTÖR 20 CC. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAZAL O2 PED. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAZAL O2 YET. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| İNSÜLİN ENJ. | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.ÇEKMECE** | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 2.0 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 2.5 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 3.0 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 3.5 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 4.0 | | 5 | 10 | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 4.5 | | 1 | 2 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 5.0 | | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 5.5 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 6.0 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 6.5 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 7.0 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 7.5 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 8.0 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT. TÜPÜ 8.5 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AİRWAY NO 0/50 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AIRWAY NO 1/60 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AIRWAY NO 2/70 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AIRWAY NO 3/80 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AIRWAY NO 4/90 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE AD-SOYAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE İMZA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KONTROL EDEN SERVİS SORUMLUSU** | | | | | **TARİH:**<br>**İMZA:** | | | | | | | **TARİH:**<br>**İMZA:** | | | | | | | | **TARİH:**<br>**İMZA:** | | | | | | | | **TARİH:**<br>**İMZA:** | | | | | | | |

**Demo Hastanesi**
ÇOCUK SERVİSİ CRASH CARD TAKİP FORMU

| Doküman Kodu: HB.FR.040 | Yayın Tarihi: 15.09.2021 | Revizyon Tarihi: - | Revizyon No: 0 | Sayfa: 4 / 5 |
|---|---|---|---|---|

| | MİAD | MİN. | KRİTİK STOK | MAX | YIL | | | | | | | | | | | | | | | | AY | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | GÜNLER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| AIRWAY NO 5/100 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASP. SND. MAVİ | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASP. SND. TURKUAZ | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASP. SND. BEYAZ | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASP. SND. YEŞİL | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASP. SND. SİYAH | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASP. SND. TURUNCU | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FOLEY SONDA 16 FR | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FOLEY SONDA 18 FR | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| İDRAR TORBASI | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENJEKTÖR 10 CC | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NG. SONDA BEYAZ | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NG. SONDA TURUNCU | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NG. SONDA YEŞİL | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NG. SONDA KIRMIZI | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| YANKUER | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CATHAGEL | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.ÇEKMECE** | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| İZOTONİK 250 ML | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| İZOTONİK 500 ML | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISOLAYT 500 ML | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| %5 DEXTROZ 500 ML | | 1 | 1 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| %10 DEXTROZ 500 ML | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| %20 DEXTROZ 500 ML | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE AD-SOYAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE İMZA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KONTROL EDEN SERVİS SORUMLUSU** | | | | | **TARİH:**<br>**İMZA:** | | | | | | | **TARİH:**<br>**İMZA:** | | | | | | | | **TARİH:**<br>**İMZA:** | | | | | | | | **TARİH:**<br>**İMZA:** | | | | | | | |

**Demo Hastanesi**
ÇOCUK SERVİSİ CRASH CARD TAKİP FORMU

| Doküman Kodu: HB.FR.040 | Yayın Tarihi: 15.09.2021 | Revizyon Tarihi: - | Revizyon No: 0 | Sayfa: 5 / 5 |
|---|---|---|---|---|

| | MİAD | MİN. | KRİTİK STOK | MAX | YIL | | | | | | | | | | | | | | | | AY | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | GÜNLER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| %30 DEXTROZ 500 ML | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| %20 MANNİTOL | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RİNGER LAKTAT 500 ML | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REOMACRODEX 500 ML | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VOLUVEN | | 1 | 2 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEOBAG MED. | | 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIBBI CİHAZLAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEFİBRİLATÖR | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LARİNGOSKOP | | 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMBU-MASKE | | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE AD-SOYAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE İMZA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KONTROL EDEN SERVİS SORUMLUSU** | | | | | **TARİH:** **İMZA:** | | | | | | | **TARİH:** **İMZA:** | | | | | | | | **TARİH:** **İMZA:** | | | | | | | | **TARİH:** **İMZA:** | | | | | | | |