



Doküman Kodu: EN.FR.009

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

Servis Adı	Ameliyat adı/ UAHİESA kod	Hasta Ad Soyad/ Dosya No	Ameliyat Tarihi	Süre (dk)	Yara sınıfı	ASA Skoru	Laparo-Endoskopik	Acil Elektif	Anestezi	Proflaksi	Cerrah(lar)	Cerrahi Proflaksi Uygunluğu	
												Uygun	Uygun Değil
					T TK K KE	1 2 3 4 5	Evet Hayır	Acil Elektif	G L S/E	Tek doz <input type="checkbox"/> 24s <input type="checkbox"/> >24s <input type="checkbox"/> Indüks <input type="checkbox"/> 1-2s <input type="checkbox"/> >2s <input type="checkbox"/>			
					T TK K KE	1 2 3 4 5	Evet Hayır	Acil Elektif	G L S/E	Tek doz <input type="checkbox"/> 24s <input type="checkbox"/> >24s <input type="checkbox"/> Indüks <input type="checkbox"/> 1-2s <input type="checkbox"/> >2s <input type="checkbox"/>			
					T TK K KE	1 2 3 4 5	Evet Hayır	Acil Elektif	G L S/E	Tek doz <input type="checkbox"/> 24s <input type="checkbox"/> >24s <input type="checkbox"/> Indüks <input type="checkbox"/> 1-2s <input type="checkbox"/> >2s <input type="checkbox"/>			
					T TK K KE	1 2 3 4 5	Evet Hayır	Acil Elektif	G L S/E	Tek doz <input type="checkbox"/> 24s <input type="checkbox"/> >24s <input type="checkbox"/> Indüks <input type="checkbox"/> 1-2s <input type="checkbox"/> >2s <input type="checkbox"/>			
					T TK K KE	1 2 3 4 5	Evet Hayır	Acil Elektif	G L S/E	Tek doz <input type="checkbox"/> 24s <input type="checkbox"/> >24s <input type="checkbox"/> Indüks <input type="checkbox"/> 1-2s <input type="checkbox"/> >2s <input type="checkbox"/>			
					T TK K KE	1 2 3 4 5	Evet Hayır	Acil Elektif	G L S/E	Tek doz <input type="checkbox"/> 24s <input type="checkbox"/> >24s <input type="checkbox"/> Indüks <input type="checkbox"/> 1-2s <input type="checkbox"/> >2s <input type="checkbox"/>			
					T TK K KE	1 2 3 4 5	Evet Hayır	Acil Elektif	G L S/E	Tek doz <input type="checkbox"/> 24s <input type="checkbox"/> >24s <input type="checkbox"/> Indüks <input type="checkbox"/> 1-2s <input type="checkbox"/> >2s <input type="checkbox"/>			
					T TK K KE	1 2 3 4 5	Evet Hayır	Acil Elektif	G L S/E	Tek doz <input type="checkbox"/> 24s <input type="checkbox"/> >24s <input type="checkbox"/> Indüks <input type="checkbox"/> 1-2s <input type="checkbox"/> >2s <input type="checkbox"/>			