



Doküman Kodu: MC.FR.002

Yayın Tarihi: 18.09.2026

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

		BİRİM															AY/YIL															
KONTROL PARAMETRELERİ		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
HASTA KARYOLASI	Yatak korkulukları kontrol edildi.																															
	Yatak frenleri kontrol edildi.																															
	Yatak başı kaldırma sistemi kontrol edildi.																															
	Yatak ayak kaldırma sistemi kontrol edildi.																															
	Yatak tekerlekleri kontrol edildi																															
	Yatak kumandası kontrol edildi.																															
	Yatak başı serum askısının monteli olduğu kontrol edildi.																															
SEDYE	Sedye korkulukları kontrol edildi.																															
	Sedye başı kaldırma sistemi kontrol edildi.																															
	Sedye tekerlekleri kontrol edildi.																															
	Sedye kaldırma sistemi kontrol edildi.																															
	Sedye emniyet kemeri var ve kontrol edildi.																															
	TEKERLEKLİ SANDALYE	Tekerlekler ve frenler kontrol edildi.																														
	Ayak aparatı ve oturma alanı kontrol edildi.																															
	Emniyet kemeri var ve kontrol edildi.																															
Personel Adı Soyadı ve İmza																																
Kontrol Eden Sorumlu Hemşire Adı Soyadı ve İmza																																

*Formun doldurulması ilgili birimde bulunan tüm hasta karyolası, sedye ve tekerlekli sandalyelerin kontrol edildiğini ifade eder.