(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
KADIN DOĞUM PREOPERATİF HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu: ÖPS.FR.014	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

TAKİP NO: .....

Hastanın Adı / Soyadı: **Sosyal Güvencesi:** **Bil.İş.No:**
Yaşı: **G:** **P:** **Y:** **A:** **Başvuru Tarihi: ...../...../20....**
SAT: **Kan Grubu: ..... Rh** **Cep Tel: .....**
Ev Telefonu:
Adres: .....
Özgeçmiş: Ekmedikal
Problem: Şikayet: ÖNTANI:

Pelvik Muayene:
Vulva: **Uterus:**
Vajen: **Adneksler:**
Serviks:
Ultrason:

İstenilen Tetkikler:

CVS: Endometrial	**Tamkan-Biyokimya**	**Trioid Fonk. Testi:**
Örnekleme:	**Kanama Pıhtılaşma Profili**	**TİT ve İdrar Kültürü:**
Franksiyone Küretaj:	**Hbs-Hcv-Hıv**	**Ürodinamik:**
Tümör Belirleyicileri:	**PA Akciğer Filmi:**	**İnceleme**
Kan Grubu:	**Anestezi Konsült:**	**Diğer:**
II. Basamak USG	**Dahiliye Konsült:**	**Beta HCG:**
		Hormon Profili:

Planlanan Ameliyat: **Tarih:**
Tekrar Muayene Gereği: **...../...../20.....**
Tekrar Arama Tarihi: **İmza**

Muayene Eden: