



AMELİYATTA SAYIMI YAPILACAK MALZEME FORMU



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AH.FR.03	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/1

Hastanın Adı Soyadı		Tarih	
Cinsiyeti		Salon No	
T.C.Kim.No		Yapılan Ameliyat	
Dosya/Prt. No			

	1. SAYIM(AMELİYAT ÖNCESİ)			2. SAYIM(KAPATMADAN ÖNCE)			3. SAYIM(AMELİYAT SONU)		
	AMELİYATA BAŞLARKEN	İLAVE	TOPLAM	KULLANILAN MALZEME	KULLANILMAYAN MALZEME	TOPLAM	KULLANILAN MALZEME	KULLANILMAYAN MALZEME	TOPLAM
GAZ KOMPRES									
TAMPON									
CERRAHİ ALET									
İĞNE									
DİĞER									

TAMAMDIR

HEMŞİRE		HEMŞİRE		DOKTOR	
ADI/SOYADI	İMZA	ADI/SOYADI	İMZA	ADI/SOYADI	İMZA