Özel Ekol Hastanesi

YOĞUNBAKIM ÜNİTELERİ / İNVAZİV ARAÇ SÜRVEYANSI YAPILAN SERVİSLER HASTA TAKİP FORMU

YBÜ/SERVİS ADI: AY: YIL:

TARİH	PRT NO	HASTA ADI SOYADI	ÜK	MV	SVK	ÜREME	PEEP/FİO2 VE DİĞER NOTLAR