



Özel **EKOL HASTANESİ**
DOĞUMHANE HASTA GÜVENLİĞİ
TAKİP FORMU



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
HB.FR.116	20.01.2026	00	-	1 / 2

DOĞUMHANE KABULÜ VE HAZIRLIĞI	
MÜDAHALE TARİHİ :	<i>Hastaya ait barkod yapıştırınız.</i>
MÜDAHALE :	

ANESTEZİ ŞEKLİ
<input type="checkbox"/> Genel <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> Caudal
<input type="checkbox"/> Plexus <input type="checkbox"/> Kse <input type="checkbox"/> Sedoanaljezi <input type="checkbox"/> Lokal (verilen miktar:ml)
<input type="checkbox"/> Diğer:

CİLT TEMİZLİĞİ	
Uygulanan Bölge :	Uygulanan Saat :
Uygulayan Adı-Soyadı :	Antiseptik Solüsyon:

CİLT DURUMU
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kızamık <input type="checkbox"/> Ödemli <input type="checkbox"/> Büller Mevcut <input type="checkbox"/> Diğer:

POZİSYON
<input type="checkbox"/> Sağ lateral <input type="checkbox"/> Sol lateral <input type="checkbox"/> Fowler <input type="checkbox"/> Semi fowler
<input type="checkbox"/> Prone <input type="checkbox"/> Supine <input type="checkbox"/> Çivili başlık <input type="checkbox"/> Litotomi <input type="checkbox"/> Diğer:

KULLANILAN MALZEME
<input type="checkbox"/> Kanül No: 4 <input type="checkbox"/> Kanül No: 6 <input type="checkbox"/> Kanül No: 7 <input type="checkbox"/> Carmen Enjektör <input type="checkbox"/> Diğer:
<input type="checkbox"/> Kanül No: 5 <input type="checkbox"/> Kanül No: 8 <input type="checkbox"/> Kanül No: 9 <input type="checkbox"/> Küretaj Set No:

TESPİT BANDI
<input type="checkbox"/> Sağ kol <input type="checkbox"/> Sol kol <input type="checkbox"/> Sağ diz <input type="checkbox"/> Sol diz

KOTER	Koter Plağı Uygulanan Bölge (İşaretleyiniz);
Kalibrasyon Numarası:	
<input type="checkbox"/> Monopolar <input type="checkbox"/> Argon	
<input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Radyofrekans	
<input type="checkbox"/> Diğer:	

PATOLOJİ MATERYALİ
Gönderilen Materyal:
<input type="checkbox"/> Frozen <input type="checkbox"/> Kültür Materyali (Kültür Alınan Bölge:
Kullanılan Solüsyon <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Formol %10 <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Diğer:

PANSUMAN/İNSİZYON
Pansuman/İnsizyon Yeri:
<input type="checkbox"/> Ped Basıncılı Tampon <input type="checkbox"/> Gazlı Bez <input type="checkbox"/> Yara Örtüsü



Özel EKOL HASTANESİ
DOĞUMHANE HASTA GÜVENLİĞİ
TAKİP FORMU



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
HB.FR.116	20.01.2026	00	-	2 / 2

MALZEME VE GAZLI BEZ SAYIM

SAYILACAK MALZEME	MÜDAHALE ÖNCESİ	MÜDAHALE SIRASI	MÜDAHALE SONRASI
Uzun Spanç	:		
Batın Pedi	:		
Fındık Tampon	:		
Tonsil Tamponu	:		
Bistüri	:		
Serbest İğne	:		
Atravmatik İğne	:		
Alet Setleri	:		
Diğer	:		
Scrub Hemşire/Ebe	:		
Sirküle Hemşire/Ebe	:		

STERİLİZASYON

NEM VARLIĞI	İNDİKATÖR	
VAR/YOK	Kullanılan Set No:	
VAR/YOK	Kullanılan Alet:	

SCRUB HEMŞİRE İMZA

--

	MÜDAHALE ÖNCESİ	MÜDAHALE SIRASI	MÜDAHALE SONRASI
Sirküle Hemşire/Ebe	:		
Anestezi Teknikeri	:		
Yardımcı Personel	:		

SON KONTROL

Cerrah Adı - Soyadı / İmza	Anestezi Hekimi Adı - Soyadı / İmza	Scrub Ebe Adı - Soyadı / İmza
----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------