



Özel Ekol Hastanesi

KÜLTÜR ÖRNEĞİ BİLGİ FORMU



ADI SOYADI/ PROTOKOL NO:	TARİH:
ADRES ve TELEFON NO:	BÖLÜMÜ:
CİNSİYETİ: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	GÖNDEREN DOKTOR:
YAŞ:	ÖN TANI:

.....	BÖLGESİ
.....	KÜLTÜRÜ
Hasta antibakteriyel ilaç kullanıyor mu? HAYIR <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/>	
Antibiyotik kullanıyorsa Adı:	
Antibiyotik Başlangıç Tarihi:	
Antibiyotik Dozu:	
ANTİBİYOGRAF TALEBİ: HAYIR <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Örnek Laboratuarda Alındı. Kaydı Açan Adı Soyadı:	
<input type="checkbox"/> Örnek Elden Getirildi. Örneğin Alındığı Saat:	
Laboratuara Geliş Saati:	
Örneği Kabul ve Kontrol Eden Adı Soyadı:	
<u>Kültür Alan Adı Soyadı İmza</u>	<u>Sorumlu Hekim Adı Soyadı İmza</u>
Not: Yukarıdaki bilgilerin dışında laboratuara iletilecek notları lütfen formun arka yüzüne yazınız	

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
BL.FR.03	01.01.2008	03	27.07.2018	1 / 1