	Özel EKOL HASTANESİ **KAN VE KAN ÜRÜNLERİ TRANSFER SICAKLIK TAKİP FORMU**			
Doküman No	***Yayın Tarihi***	***Revizyon No***	***Revizyon Tarihi***	***Sayfa No***
BL.FR.07	***11.05.2023***	***00***	***-***	***1 / 1***

AİT OLDUĞU AY / YIL :……..

Tarih	Saat	Sıcaklık (°C)	Teslim Eden Ad-Soyad/İmza	Teslim Alan Ad-Soyad/İmza	Saat	Sıcaklık (°C)

Kontrol Eden Ad-Soyad/İmza: