



Özel EKOL HASTANESİ
KESİCİ/DELİCİ ALET YARALANMA ORANI
VERİ TOPLAMA FORMU



AİT OLDUĞU AY / YIL :

SIRA	TARİH	YARALANAN ADI SOYADI	PERSONELİN GÖREVİ	OLAYIN MEYDANA GELDİĞİ YER	YARALANMAYA NEDEN OLAN ALET
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

KESİCİ/DELİCİ ALET İLE YARALANAN PERSONEL SAYISI :

HASTANEYE GİRİŞİ YAPILAN TOPLAM HASTA BAŞVURU SAYISI	AKTİF ÇALIŞAN PERSONEL SAYISI (İdari personel hariç)

HASTA YÜKÜ KATSAYISI :

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
Gİ.FR.09	01.01.2021	00	-	1/1