Özel EKOL HASTANESİ

EL HİJYENİ MALZEMESİ TÜKETİM ORANI VERİ TOPLAMA FORMU

AİT OLDUĞU AY / YIL :……..

BİRİM	ÖLÇÜ *(lt)*	ADET	TOPLAM *(lt)*
II. BASAMAK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ			
KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ			
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ			
AMELİYATHANE			
DOĞUMHANE			
ACİL SERVİS			
CERRAHİ SERVİSİ			
ÇOCUK SERVİSİ			
DAHİLİYE SERVİSİ			
FTR SERVİSİ			
GÖZ SERVİSİ			
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM SERVİSİ			
ORTOPEDİ SERVİSİ			
POLİKLİNİKLER			
LABORATUVAR			
RADYOLOJİ			
ENDOSKOPİ			
DİĞER			

TOPLAM HASTA YATIŞ GÜN SAYISI: ……..……..

BİLDİRİMİ YAPAN	KONTROL EDEN
(İsim, unvan, imza)	*(İsim, unvan, imza)*