



Özel **EKOL HASTANESİ**
EL HİJYENİ GÖZLEM FORMU



SERVİS ADI :
PERİYOT NO :
SEANS NO :

GÖZLEM TARİHİ :/...../20.....
BAŞLANGIÇ-BİTİŞ ZAMANI :
ÇALIŞMA SÜRESİ :

ÜNVAN	HASTA İLE TEMAS ÖNCESİ			ASEPTİK İŞLEMLER ÖNCESİ			VÜCUT SIVILARI BULAŞMA RİSKİ SONRASI			HASTA İLE TEMAS SONRASI			HASTA ÇEVRESİ İLE TEMAS SONRASI		
	FİRSAT	YIKAMA	OYMA	FİRSAT	YIKAMA	OYMA	FİRSAT	YIKAMA	OYMA	FİRSAT	YIKAMA	OYMA	FİRSAT	YIKAMA	OYMA
DOKTOR															
HEMŞİRE															
TEMİZLİK PERSONELİ															
FİZYOTERAPİST															
DİĞER															
DOKTOR															
HEMŞİRE															
TEMİZLİK PER.															
FİZYOTERAPİST															
DİĞER															
TOPLAM															

Enfeksiyon Hemşiresi / İmza

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EN.FR.05	01.01.2021	01	01.10.2021	1 / 1