

	T.C. D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ ANESTEZİ ÖNCESİ KONTROL FORMU	Doküman No	AH.FR.07
		Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2023
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	--
		Sayfa No	Sayfa 1/1

Adı		Tarih			
Soyadı		Yaşı			
Dosya No		Hastalığı			
Protokol No		Diş Hekimi			
1	Hastanın operasyon için izni olduğuna dair yazısı alındı mı ?	EVET	☐	HAYIR	☐
2	Tansiyon: Nabız:.....	EVET	☐	HAYIR	☐
3	Herhangi bir kalp rahatsızlığınız var mı?(İSİM)	EVET	☐	HAYIR	☐
4	Diyabet hastalığınız var mı?	EVET	☐	HAYIR	☐
5	Herhangi bir kan rahatsızlığınız var mı?(İSİM)	EVET	☐	HAYIR	☐
6	Kanamanız uzun sürer mi?	EVET	☐	HAYIR	☐
7	Hepatit rahatsızlığınız var mı?(İSİM)	EVET	☐	HAYIR	☐
8	Herhangi bir ilaç yada madde alerjisiniz var mı?	EVET	☐	HAYIR	☐
9	Hasta dosyası hazır mı ?	EVET	☐	HAYIR	☐
10	Hasta aç bırakıldı mı ?	EVET	☐	HAYIR	☐
11	Naylon giysileri çıkarıldı mı ?	EVET	☐	HAYIR	☐
12	Oje makyaj ve saç tokaları çıkarıldı mı ?	EVET	☐	HAYIR	☐
13	Protezleri çıkarıldı mı ?	EVET	☐	HAYIR	☐
14	Yüzük ve takıları çıkarıldı mı ?	EVET	☐	HAYIR	☐
15	Ameliyathane elbisesi ve başlık giydirildi mi ?	EVET	☐	HAYIR	☐
16	Dişlerinizi fırçaladınız mı?	EVET	☐	HAYIR	☐
17	Diğer				
Kontrol Eden Hemşire Adı Soyadı: İmza:		Tarih:			