

	T.C. D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ AMELİYAT ÖNCESİ KONTROL FORMU	Doküman No	AH.FR.06
		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	
		SERVİS HEMŞİRESİ	
1	Hastanın operasyon için izni olduğuna dair yazısı alındı mı ?		
2	Tansiyon: Nabız:.....		
3	Herhangi bir kalp rahatsızlığınız var mı? (İSİM)		
4	Diyabet hastalığınız var mı?		
5	Herhangi bir kan rahatsızlığınız var mı? (İSİM)		
6	Kanamanız uzun sürer mi?		
7	Hepatit rahatsızlığınız var mı? (İSİM)		
8	Herhangi bir ilaç ya da madde alerjisiniz var mı?		
9	Hasta dosyası hazır mı ?		
10	Hasta aç bırakıldı mı ?		
11	Naylon giysileri çıkarıldı mı ?		
12	Oje makyaj ve saç tokaları çıkarıldı mı ?		
13	Protezleri çıkarıldı mı ?		
14	Yüzük ve takıları çıkarıldı mı ?		
15	Ameliyathane elbisesi ve başlık giydirildi mi ?		
16	Dişlerinizi fırçaladınız mı?		
17	Diğer		
Kontrol Eden Hemşire Adı Soyadı: İmza:		Tarih:	