



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ ALAN ENFEKSİYON HIZLARI ORANI VERİ TOPLAMA FORMU

AİT OLDUĞU YIL:..... AİT OLDUĞU AY :.....

SIRA NO	TARİH	HASTA ADI / SOYADI	AMELİYAT ADI	AMELİYAT ACİL / EFEKTİF	ANESTEZİ TÜRÜ (G / L / S)	PROFİLAKTİK TEK DOZ İNDİKSİYON	ENFEKSİYON ÇIKIŞ TARİHİ	ENFEKSİYON KAYNAĞI	SONUÇ
									<input type="checkbox"/> ENFEKSİYON GİDERİLDİ <input type="checkbox"/> KISMEN GİDERİLDİ <input type="checkbox"/> DEĞİŞİKLİK YOK
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									