



**İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**..... YILI.....AYI CİHAZ TAKİP ÇİZELGESİ**

CİHAZ ADI	RUTİN KONTROL ZAMANI	CİHAZDAN SORUMLU ÖĞ. ÜYESİ	KONTROL SORUMLUSU	KONTROL YÖNTEMİ	BAKIM/KALİBRASYON ZAMANI
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					

Yukarıda belirtilen cihazların kontrol sonuçları ilgili kontrol formlarına, kontrolü yapan kişi tarafından kaydedilir.