

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

معاونت درمان

شماره پرونده:.....

کد:.....

سابقه و دفعات بستری:

دارد  ندارد

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان: .....

فرم کنترل صحت عملکرد فرآیند استریلیزاسیون لوازم و ابزارهای استفاده شده در اتاق عمل و آنژیوگرافی

نام بیمار ..... نام خانوادگی بیمار:..... نام پدر:..... تاریخ عمل:.....  
 نوع عمل: ..... نام جراح: ..... نام کمک جراح: .....  
 نام و نام خانوادگی پرستاران اسکراب: .....  
 نام و نام خانوادگی پرستاران سیرکولار: .....

محل الصاق نشانگرها و برچسبهای کلیه بسته ها و وسایل استفاده شده

نشانگر بسته جراحی (۱)	نشانگر بسته جراحی (۲)	نشانگر وسایل پرب (۱)
برچسب	برچسب	برچسب
نشانگر وسایل بیهوشی رژیونال	نشانگر وسایل	نشانگر وسایل
برچسب	برچسب	برچسب
نشانگر وسایل تک پیچ (.....)	نشانگر وسایل تک پیچ (.....)	نشانگر وسایل تک پیچ (.....)
برچسب	برچسب	برچسب
نشانگر وسایل تک پیچ (.....)	نشانگر وسایل تک پیچ (.....)	نشانگر وسایل تک پیچ (.....)
برچسب	برچسب	برچسب
نشانگر وسایل تک پیچ (.....)	نشانگر وسایل تک پیچ (.....)	نشانگر وسایل تک پیچ (.....)
برچسب	برچسب	برچسب

نام، نام خانوادگی و مهر و امضا پرستار تکمیل کننده فرم: ..... ادامه صفحه بعد

<p>نشانگر وسایل پرپ (۲)</p> <p>پرچسب</p>	<p>نشانگر بسته جراحی (۴)</p> <p>پرچسب</p>	<p>نشانگر بسته جراحی (۳)</p> <p>پرچسب</p>
<p>نشانگر وسایل .....</p> <p>پرچسب</p>	<p>نشانگر وسایل .....</p> <p>پرچسب</p>	<p>نشانگر وسایل .....</p> <p>پرچسب</p>
<p>نشانگر وسایل تک پیچ (.....)</p> <p>پرچسب</p>		<p>نشانگر وسایل تک پیچ (.....)</p> <p>پرچسب</p>
<p>نشانگر وسایل تک پیچ (.....)</p> <p>پرچسب</p>		<p>نشانگر وسایل تک پیچ (.....)</p> <p>پرچسب</p>
<p>نشانگر وسایل تک پیچ (.....)</p> <p>پرچسب</p>		<p>نشانگر وسایل تک پیچ (.....)</p> <p>پرچسب</p>

نام و نام خانوادگی و مهر و امضا پرستار تکمیل کننده فرم: .....