

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

معاونت درمان

شماره پرونده:.....
کد بستری:.....

سابقه و دفعات بستری:

دارد ندارد

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان:.....

فرم کنترل صحت عملکرد فرآیند استریلیزاسیون لوازم و ابزارهای استفاده شده در سایر واحدها
(بخشهای بستری - اتفاقات - زایشگاه - درمانگاه - اتاق عمل سرپایی)

نام بیمار:..... نام خانوادگی بیمار:..... نام پدر:.....	
نام بخش:..... تاریخ انجام اقدام:..... نوع اقدام:..... نام جراح:..... نام فرد کمک دهنده:..... نام و نام خانوادگی پرسنل دهنده ابزار:.....	نام بخش:..... تاریخ انجام اقدام:..... نوع اقدام:..... نام جراح:..... نام فرد کمک دهنده:..... نام و نام خانوادگی پرسنل دهنده ابزار:.....
نشانه‌گر وسایل:.....+ بر چسب	نشانه‌گر وسایل:.....+ بر چسب
نشانه‌گر وسایل:.....+ بر چسب	نشانه‌گر وسایل:.....+ بر چسب
نام بخش:..... تاریخ انجام اقدام:..... نوع اقدام:..... نام جراح:..... نام فرد کمک دهنده:..... نام و نام خانوادگی پرسنل دهنده ابزار:.....	نام بخش:..... تاریخ انجام اقدام:..... نوع اقدام:..... نام جراح:..... نام فرد کمک دهنده:..... نام و نام خانوادگی پرسنل دهنده ابزار:.....
نشانه‌گر وسایل:.....+ بر چسب	نشانه‌گر وسایل:.....+ بر چسب
نشانه‌گر وسایل:.....+ بر چسب	نشانه‌گر وسایل:.....+ بر چسب
نام بخش:..... تاریخ انجام اقدام:..... نوع اقدام:..... نام جراح:..... نام فرد کمک دهنده:..... نام و نام خانوادگی پرسنل دهنده ابزار:.....	نام بخش:..... تاریخ انجام اقدام:..... نوع اقدام:..... نام جراح:..... نام فرد کمک دهنده:..... نام و نام خانوادگی پرسنل دهنده ابزار:.....
نشانه‌گر وسایل:.....+ بر چسب	نشانه‌گر وسایل:.....+ بر چسب
نشانه‌گر وسایل:.....+ بر چسب	نشانه‌گر وسایل:.....+ بر چسب

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