

BELGE ADI	MEVCUTLUK DURUMU	ADEDİ	İMZA/KAŞE
★ 1. Hasta Yatış Formu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
★ 2. Hemşire Süreci Hasta Tanılama Formu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
★ 3. İtaki Düşme Olaylarını Önleme ve İzleme Formu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
★ 4. Braden Bası Yaralanması Ölçeği Takip Formu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
★ 5. Hemşire Günlük İzlem Formu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
★ 6. Epikriz	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
7. Epikriz/Anamnez	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
★ 8. Doktor ve Hemşire Tedavi Planı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
★ 9. Hasta/Hasta Yakını Bölüme Uyum Bilgilendirme Formu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
★ 10. Hasta/Hasta Yakını Bilgilendirme Eğitim Formu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
11. Özel Oda Talep Formu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
★ 12. Nutrisyon Tanılama Formu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
★ 13. Hemşire Bakım Planı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
14. Kan Şeker Takip Formu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
15. Hasta Bakım Planı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
16. Hasta Onam Formu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
★ 17. Masraf Formu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
18.	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
19.	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
21.	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
22.	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
23.	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
24.	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>
25.	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/>

Tarih:

BARKOD	KONTROL EDEN SEKRETER	TESLİM ALAN ARŞİV MEMURU
---------------	------------------------------	---------------------------------

NOT: İmza/Kaşe bölümünde kontrol edilen belgede ıslak/e-imza kontrol edilecektir.

★ Bu maddeler hasta dosyasında tam ise arşiv dosyayı tamamen dolu kabul edecektir.

● Hastaya cerrahi girişim yapıldı ise olması gereken evraklar