

CERAHİ İŞLEM FORMU

Tarih / Protokol	Hastanın Adı Soyadı	Hastanın Yaşı	Hastanın Cinsiyeti	Hastanın Kilosu	Ameliyat Tarihi
Ameliyat Adı	Anestezi Uzmanı	Ameliyatı Yapan Hekim		Ameliyat Hemşiresi	
Çekilen Diş Sayısı	SOL	SAĞ	Anestezi Şekli		
Büyük azı			Genel		
Küçük azı			Lokal		
Yirmilik diş					
Süt dişi					
Kök diş					
Anestezi Uygulama Saati		Ameliyatın Başlama Saati		Bitiş Tarihi /Saati	
Kullanılan Aletler	Sayı	Hastada Bulunan Rahatsızlıklar		Kimyasal indikatör	
Molar		Tansiyon	var/ yok		
Premolar		Şeker	var/ yok		
Alt kesici		Hepatit	var/ yok		
Üst kesici		Hiv	var/ yok		
Kök					
Ayna					
Prasel					
Sound					