	T.C. D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ GENEL AMELİYATHANE VE YATAKLI SERVİS KULLANIM İSTEM FORMU	Doküman No	
		Yürürlüğe Gir.Tar.	02.01.2025
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	--
		Sayfa No	Sayfa 1/2

1. BÖLÜM BİLGİLERİ

Başvuru Yapan Bölüm: _____

Muayeneyi Yapan Doktor Adı ve Soyadı: _____ KAŞE-İMZA

2. HASTA BİLGİLERİ

Hasta Adı ve Soyadı: _____

Hasta Kimlik Numarası (TC): _____

Yaş: _____

Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

BARKOD

ÖZÜR DURUMU:

☐ Yok

☐ Hafif (Lütfen belirtin: _____)

☐ Orta (Lütfen belirtin: _____)

☐ Ağır (Lütfen belirtin: _____)

3. TANI VE TEŞHİS (Bu bölümdeki Bilgiler Net ve açıklayıcı olmalıdır)

Tanı Bilgileri:

Tanı: _____

Tanının Kodu (ICD-10): _____

Teşhis Şeması:

Lokalizasyon ve Durum: (Doktor tarafından diş numaraları ve bölgelere göre işaretlenmelidir.)

Etkilenen Diş/Dişler: _____

Çene Durumu:

☐ Üst Çene ☐ Alt Çene ☐ Sağ Taraf ☐ Sol Taraf ☐ Ön Bölge

Radyografik Görüntüler: (Ameliyathanede Alınacak Radyografiler Bildirilmelidir)

☐ Panoramik Röntgen ☐ CBCT ☐ Periapikal Röntgen

☐ Diğer: _____

4. AMELİYAT BİLGİLERİ

Planlanan Ameliyat: _____

Ameliyat Türü:

Ameliyathane İhtiyaçları (Ekipman, Özel Gereksinimler):

Planlanan Ameliyat Süresi: _____ (Süresi Saat Olarak Belirtilmelidir. 2 Saat Üzeri Ameliyatlar Bildirilmelidir)

AMELİYATHANEDE ALINMASI PLANLANAN HER HASTA İÇİN DOLDURULMASI ZORUNLUDUR.
BU FORMDAKİ BİLGİLER EKSİKSİZ DOLDURULMALIDIR

5. ANESTEZİ VE SEDASYON BİLGİLERİ

Planlanan Anestezi Türü:

☐ Sedasyon ☐ Genel Anestezi

☐ Yoğun Bakım İhtiyacı (Açıklama: _____)

☐ Pre-op ve/veya Post-op Proflaxi

Anestezi Sorumlusu: Onay ☐

6. HASTA HAZIRLIK VE ONAY

Tetkik ve Görüntüleme Sonuçları Eklendi mi? ☐ Evet ☐ Hayır Açıklama: _____

Hastanın Ameliyat Onamı Alındı mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Tıbbi Konsültasyon Gerekiyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Konsültasyon Raporu: _____

Patolojik Tanı Gerekiyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır ÖnTanı:_____

Ek Hastalıklar ve Operasyon esnasında Dikkat Edilecek Hususlar: _____

7. EKİP BİLGİLERİ

Doktor: _____

Yardımcı Doktor(lar): _____

Hemşire/Asistan: _____

Diğer Sağlık Personeli: _____

8. ONAY VE İMZA

Operasyonu Yapacak Doktor İmzası:

Ameliyathane Birim Sorumlusu Onayı:

Bu Form Ameliyattan En Az 3 İş Günü Öncesinde Ameliyathane Biriminden Onay Almış Olmalıdır.

AMELİYATHANEDE ALINMASI PLANLANAN HER HASTA İÇİN DOLDURULMASI ZORUNLUDUR.
BU FORMDAKİ BİLGİLER EKSİKSİZ DOLDURULMALIDIR