



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
5 ENDİKASYON KURALI GÖZLEM FORMU



Kod No: SEN.FR.01

Yayın Tarihi:01.11.2018

Revizyon Tarihi:

Revizyon No:

Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/1

GÖZLEMİNİN ADI SOYADI:

GÖZLEMİN TARİHİ:

GÖZLEMİN YAPILDIĞI BÖLÜM:

1. Gözlenen	<input type="checkbox"/> Diş Hekimi	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Teknisyen	<input type="checkbox"/> Diğer	2. Gözlenen	<input type="checkbox"/> Diş Hekimi	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Teknisyen	<input type="checkbox"/> Diğer
Hasta ile temas öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta ile temas öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Aseptik işlemler öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Aseptik işlemler öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Vücut sıvıları ile bulaş sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Vücut sıvıları ile bulaş sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Hasta ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Hasta çevresi ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta çevresi ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
3. Gözlenen	<input type="checkbox"/> Diş Hekimi	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Teknisyen	<input type="checkbox"/> Diğer	4. Gözlenen	<input type="checkbox"/> Diş Hekimi	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Teknisyen	<input type="checkbox"/> Diğer
Hasta ile temas öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta ile temas öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Aseptik işlemler öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Aseptik işlemler öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Vücut sıvıları ile bulaş sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Vücut sıvıları ile bulaş sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Hasta ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Hasta çevresi ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta çevresi ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
5. Gözlenen	<input type="checkbox"/> Diş Hekimi	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Teknisyen	<input type="checkbox"/> Diğer	6. Gözlenen	<input type="checkbox"/> Diş Hekimi	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Teknisyen	<input type="checkbox"/> Diğer
Hasta ile temas öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta ile temas öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Aseptik işlemler öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Aseptik işlemler öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Vücut sıvıları ile bulaş sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Vücut sıvıları ile bulaş sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Hasta ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Hasta çevresi ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta çevresi ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
7. Gözlenen	<input type="checkbox"/> Diş Hekimi	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Teknisyen	<input type="checkbox"/> Diğer	8. Gözlenen	<input type="checkbox"/> Diş Hekimi	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Teknisyen	<input type="checkbox"/> Diğer
Hasta ile temas öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta ile temas öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Aseptik işlemler öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Aseptik işlemler öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Vücut sıvıları ile bulaş sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Vücut sıvıları ile bulaş sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Hasta ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Hasta çevresi ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta çevresi ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
9. Gözlenen	<input type="checkbox"/> Diş Hekimi	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Teknisyen	<input type="checkbox"/> Diğer	10. Gözlenen	<input type="checkbox"/> Diş Hekimi	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Teknisyen	<input type="checkbox"/> Diğer
Hasta ile temas öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta ile temas öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Aseptik işlemler öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Aseptik işlemler öncesi	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Vücut sıvıları ile bulaş sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Vücut sıvıları ile bulaş sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Hasta ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	
Hasta çevresi ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma		Hasta çevresi ile temas sonrası	<input type="checkbox"/> Fırsat	<input type="checkbox"/> Yıkama	<input type="checkbox"/> Ovma	

HAZIRLAYAN:

Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

KONTROL EDEN:

Kalite Direktörü

ONAYLAYAN:

Dekan