



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
Ardebil University of Medical Science
Medical Center: بیمارستان آموزشی درمانی:

فرم رهگیری ست های استریل

Insurance No : شماره و نوع بیمه:	National Code: کد ملی:
	Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician : پزشک معالج:	Father Name: نام پدر:	Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Date of Sterilization: تاریخ استریلیزاسیون:	Date of Admission : تاریخ پذیرش: Date of Operation: تاریخ عمل: Time on: ساعت شروع: Time off: ساعت پایان:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Shift: نوبت کاری : Waed: بخش: Bed: تخت: Kind of Operation: نوع جراحی:
Name of Circulator: نام سیرکولر اتاق عمل:	Name of Second Assistant Surgeon: نام کمک جراح دوم:	Name of first Assistant Surgeon: نام کمک جراح اول:	Name of the surgeon: نام جراح:

محل الصاق مستندات تست تیپ	محل الصاق مستندات اندیکاتور داخل ست
لوازم استریل شده با درج مشخصات	نوع ست جراحی
لوازم استریل شده با درج مشخصات	نوع ست جراحی
لوازم استریل شده با درج مشخصات	نوع ست جراحی
لوازم استریل شده با درج مشخصات	نوع ست جراحی
لوازم استریل شده با درج مشخصات	نوع ست جراحی

مهر و امضاء مسئول استریلیزاسیون مرکزی:

مهر و امضاء مسئول اتاق عمل:

مهر و امضاء سیرکولر اتاق عمل:

مهر و امضاء جراح: