Hasta Adı Soyadı:

İşlem/Dosya No :

TC Kimlik No :

Klinik Adı

:

Çalıştığı Kurum :

Protokol No

:

Sicil No

:

Rapor Tarih No :

T.C. Kimlik No : Tanı :

Sevk Eden Hekim Kaşe İmza

SUT KURALLARINA UYGUNDUR VE GERİ ÖDEME KAPSAMINDADIR.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sıra No | Malzeme Kodu | SUT Kodu | Malzeme Adı | Miktar | Birim |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

NOT:

1. Lokal müdahelede kullanılan vücut içi protez ve iyilşetirme araç ve gereçleri ile yaşam kalitesini arttırmak amacı ile yapılan ameliyatlarda kullanılan malzemeler dahil olmak üzere yapılan işlemlerin hepsi HAYATİ ÖNEME HAİZDİR.
2. Yukarıda ismi ve miktarı belirtilen SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) kodlu tıbbi malzemelerin, SUT’ta belirtilen kullanım şartlarını taşıdığını ve uygunsuz kullanımdan kaynaklanan tüm sorumluluğun tarafıma / tarafımıza ait olduğunu taahhüt ederim / ederiz.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hazırlayan****Kalite Birim Sorumlusu** | **Kontrol Eden** **Kalite Yönetim Direktörü** | **Onaylayan** **Dekan** |
|  |  |  |