



**SAĞLIK MERKEZİ**

**ENFEKSİYON ŞÜPHELİ KAN FORMU**

Düzenlenme Tarihi:../../....

Hastanın;

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefon numarası:

Hasta yakınının adı ve telefon numarası:

Hasta kanının alınma sebebi:

Kanın alınış tarih ve saati:

Numune kanı alan çalışanın adı soyadı:

Numune kanın gönderildiği kurum:

Kan tahlilinin sonucu (Açıklayınız):

(Bu bölüm ..... tarafından takip edilecektir.)