SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ KHÁNH SƠN

BẢNG KIỂM
DỤNG CỤ TRƯỚC VÀ SAU MỔ

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTKS ngày tháng năm 2023)

Họ và tên BN:.....Tuổi:..... Nam/Nữ……

Chẩn đoán trước mổ:.....

Cách thức mổ:……..

Kíp phẫu thuật:……

Kíp gây mê:…….

STT	Dụng cụ mổ	Trước mổ (Số lượng)	Sau mổ (Số lượng)

Khánh Sơn, ngày.....tháng.....năm ....

Dụng cụ viên **Phụ mổ I** **Phẫu thuật viên**