SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ KHÁNH SƠN

BẢNG KIỂM
GẠC 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:.....

Kíp phẫu thuật:…….

Kíp gây mê:…….

Hình thức phẫu thuật:……

STT	Tên gạc	Trước mổ (Số lượng)	Sau mổ (Số lượng)
1	Gạc phẫu thuật		
	Gạc cầu		
	Gạc mè che		
	Gạc nội soi		

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

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