



BORANG BANTUAN PERALATAN PEMBEDAHAN

NAMA PESAKIT :

I/C NO. :

HOSPITAL :

(1) Butiran peralatan perubatan yang digunakan

<u>Butiran</u>	<u>Penerangan</u>
Jenis alatan	
Saiz alatan	
Pembekal	
Tarikh pembedahan	

Disahkan oleh:

(T.Tangan Pakar Perubatan / Doktor / Pegawai Perubatan & Cop Rasmi)

Nama :

Tarikh :

***Nota penting:**

***Untuk diisi oleh Pakar Perubatan / Doktor / Pegawai Perubatan
Sila kembalikan semula borang ini selepas pembedahan dijalankan***