

Form No: ..... Stajyer Adı Soyadı: ..... Cihaz Marka ve Modeli: .....

Tarih	Hasta Yaş Cinsiyet	Hasta Vücut Yapısı	Tetkik Adı (Örn: Akciğer)	Projeksiyon / Pozisyon (Örn: PA / Ayakta)	Doz	AEC & Densite (Örn: Merkez +1)	Alıcı Boyutu / Odak Boyutu / Grid	Tekrar? (Hata Analizi)	Klinik Endikasyon / Gözlem / Notlar
... / ... / 20...	Yaş: ..... <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kilolu	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Lat. <input type="checkbox"/> Oblik <input type="checkbox"/> Aksiyel <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Ayakta <input type="checkbox"/> Supin <input type="checkbox"/> Pron <input type="checkbox"/> Dekübit <input type="checkbox"/> .....	kV: ..... mAs: .....	<input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Merkez Densite: .....	..... cm X ..... cm <input type="checkbox"/> Küçük <input type="checkbox"/> Büyük <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet - Nedeni: .....	..... ..... .....
... / ... / 20...	Yaş: ..... <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kilolu	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Lat. <input type="checkbox"/> Oblik <input type="checkbox"/> Aksiyel <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Ayakta <input type="checkbox"/> Supin <input type="checkbox"/> Pron <input type="checkbox"/> Dekübit <input type="checkbox"/> .....	kV: ..... mAs: .....	<input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Merkez Densite: .....	..... cm X ..... cm <input type="checkbox"/> Küçük <input type="checkbox"/> Büyük <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet - Nedeni: .....	..... ..... .....
... / ... / 20...	Yaş: ..... <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kilolu	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Lat. <input type="checkbox"/> Oblik <input type="checkbox"/> Aksiyel <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Ayakta <input type="checkbox"/> Supin <input type="checkbox"/> Pron <input type="checkbox"/> Dekübit <input type="checkbox"/> .....	kV: ..... mAs: .....	<input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Merkez Densite: .....	..... cm X ..... cm <input type="checkbox"/> Küçük <input type="checkbox"/> Büyük <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet - Nedeni: .....	..... ..... .....
... / ... / 20...	Yaş: ..... <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kilolu	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Lat. <input type="checkbox"/> Oblik <input type="checkbox"/> Aksiyel <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Ayakta <input type="checkbox"/> Supin <input type="checkbox"/> Pron <input type="checkbox"/> Dekübit <input type="checkbox"/> .....	kV: ..... mAs: .....	<input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Merkez Densite: .....	..... cm X ..... cm <input type="checkbox"/> Küçük <input type="checkbox"/> Büyük <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet - Nedeni: .....	..... ..... .....
... / ... / 20...	Yaş: ..... <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kilolu	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Lat. <input type="checkbox"/> Oblik <input type="checkbox"/> Aksiyel <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Ayakta <input type="checkbox"/> Supin <input type="checkbox"/> Pron <input type="checkbox"/> Dekübit <input type="checkbox"/> .....	kV: ..... mAs: .....	<input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Merkez Densite: .....	..... cm X ..... cm <input type="checkbox"/> Küçük <input type="checkbox"/> Büyük <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet - Nedeni: .....	..... ..... .....
... / ... / 20...	Yaş: ..... <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kilolu	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Lat. <input type="checkbox"/> Oblik <input type="checkbox"/> Aksiyel <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Ayakta <input type="checkbox"/> Supin <input type="checkbox"/> Pron <input type="checkbox"/> Dekübit <input type="checkbox"/> .....	kV: ..... mAs: .....	<input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Merkez Densite: .....	..... cm X ..... cm <input type="checkbox"/> Küçük <input type="checkbox"/> Büyük <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet - Nedeni: .....	..... ..... .....
... / ... / 20...	Yaş: ..... <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kilolu	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Lat. <input type="checkbox"/> Oblik <input type="checkbox"/> Aksiyel <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Ayakta <input type="checkbox"/> Supin <input type="checkbox"/> Pron <input type="checkbox"/> Dekübit <input type="checkbox"/> .....	kV: ..... mAs: .....	<input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Merkez Densite: .....	..... cm X ..... cm <input type="checkbox"/> Küçük <input type="checkbox"/> Büyük <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet - Nedeni: .....	..... ..... .....
... / ... / 20...	Yaş: ..... <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kilolu	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Lat. <input type="checkbox"/> Oblik <input type="checkbox"/> Aksiyel <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Ayakta <input type="checkbox"/> Supin <input type="checkbox"/> Pron <input type="checkbox"/> Dekübit <input type="checkbox"/> .....	kV: ..... mAs: .....	<input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Merkez Densite: .....	..... cm X ..... cm <input type="checkbox"/> Küçük <input type="checkbox"/> Büyük <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet - Nedeni: .....	..... ..... .....

Sorumlu Personel:

İmza: