

DİYALİZ HASTASI TETKİK TAKİP FORMU

Hastanın Adı-Soyadı:

Doğum Tarihi:

Hasta ID No:

Tedaviye Başladığı Tarih:

Tedavinin Bittiği Tarih:

Tarih: 20.....	Ocak		Şubat		Mart		Nisan		Mayıs		Haziran		Temmuz		Ağustos		Eylül		Ekim		Kasım		Aralık	
	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç
Üre																								
Kreatinin																								
Potasyum (K)																								
Na																								
Cl																								
Ca																								
Fosfor																								
CaXP04																								
Magnezyum																								
PTH																								
AST																								
ALT																								
ALP																								
T.Bilirubin																								
D.Bilirubin																								
İ.Bilirubin																								
LDH																								
T.Protein																								
Albumin																								
CK																								
CK-MD																								
T.Kolesterol																								
HDL																								
LDL																								
Trigliserid																								
AKŞ																								
HBA1C																								
WBC																								
RBC																								
HGB																								
HCT																								
MCV																								
PLT																								
Serum Fe																								
TDBK																								
Ferritin																								

DİYALİZ HASTASI TETKİK TAKİP FORMU

Tarih: 20.....	Ocak		Şubat		Mart		Nisan		Mayıs		Haziran		Temmuz		Ağustos		Eylül		Ekim		Kasım		Aralık	
	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç	G	Ç
Transferrin Saturasyonu																								
Folic Asit																								
Vit. B 12																								
HbsAg																								
Anti HBS																								
Anti HCV																								
Anti HIV																								
TSH																								
F4																								
CRP																								
Ürik Asit																								
UIBC																								
cHCO3																								

Tarih, Saat	Hemşire Takip Notları

Hastayı Takip Eden Hemşirenin Adı, Soyadı:

İmzası: