



## RADYOTERAPİ, HASTA TAKİP FORMU

Hastanın Adı, Soyadı:

Hasta ID No:

Doğum Tarihi: ..... / ..... / .....

Tanı:

| Tarih | Tedavi<br>Gün<br>Sayısı | Vücut Isısı | Nabız /<br>dk | Solunum<br>/ dk | Kan<br>Basıncı /<br>mmHg | Ağrı<br>Puanı | Hemşire İzlem Notları | Hemşirenin<br>Parafı |
|-------|-------------------------|-------------|---------------|-----------------|--------------------------|---------------|-----------------------|----------------------|
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |
|       |                         |             |               |                 |                          |               |                       |                      |

