



RADYOLOJİ HEMŞİRE İZLEM ÇİZELGESİ

TARİH:...../...../.....

Hasta Adı, Soyadı:

Hasta ID No:

Bölüm:

Tanı:

Allerji:

SAAT	T.A	NB	Uygulanan ilaçlar
------	-----	----	-------------------

Kullandığı ilaçlar:

Damar yolu ☐ Var ☐ Yok

Hemşire ;
Adı Soyadı
İmza

Doktor ;
Adı Soyadı
İmza