

Hasta Adı Soyadı:

Hasta Doğum Tarihi:

Hasta ID No:

Tarih:

İNFÜZYONLAR	ANTİBİYOTİKLER	GÜN	REPLASMAN	İNOTROP	SEDASYON	TEDAVİ		CVP	ANTİKOAGÜLAN				
									AÇT A: Ç: BALANS:				
ORDER TESLİMİ	☐ YAPILDI		YATIŞ GÜNÜ:			BESLENME	☐ ORAL ☐ NGS ☐ PEG ☐ PEJ						
KÜLTÜR SONUÇLARI							KATATER	☐ CVP ☐ DİYALİZ K. ☐ IV K.					
SON ALINAN KÜLTÜR VE TARİHİ													
DREN/ HEMOWAK								☐ YOK ☐ VAR İSE BÖLGE:..... MİKTAR:.....					
İDRAR SONRASI	☐ YOK ☐ VAR İSE	TARİH:.....			ALERJİ	☐ YOK ☐ VAR İSE.....							
TRAKEOSTOMİ	☐ YOK ☐ VAR İSE	TARİH:..... BAKTER FİLTRESİ				☐ YOK ☐ VAR İSE BÖLGE.....							
DÜŞME RİSKİ	☐ YOK ☐ VAR					BAKIM	AĞIZ BAKIMI ☐	☐					
O2 ALIMI	☐ YOK ☐ VAR İSE LİTRESİ						GÖZ BAKIMI ☐	☐					
İZOLASYON	☐ YOK ☐ VAR İSE	☐ TEMAS ☐ SOLUNUM ☐ DAMLACIK			BULAŞICI HASTALIK	☐ YOK ☐ VAR İSE.....							
HEMŞİRE NOT: TAKİPLER						MOBİLİTE	☐ MOBİL ☐ İNMOBİL						
						SON DEFEKASYON TARİHİ		/...../.....					
						SEVK DURUMU				TESLİM EDEN HEM. AD SOYAD/İMZA:.....			
						DOKTOR NOT:				TESLİM ALAN HEM. AD SOYAD/İMZA:.....			