



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

İLAÇ ALERJİSİ TAKİP FORMU

Hasta ID	Hasta Adı-Soyadı	Uygulanan Tetkik	Uygulanan Kontrast Madde Adı-Miktarı	Allerjik Reaksiyon	Tedavi-Takip
