



**T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ**  
**İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**  
**NEFROLOJİ BİLİM DALI**

**YATAN HASTA DOSYASI**

HASTA ADI SOYADI	
YAŞI	
YATIŞ TARİHİ	
DOSYA NUMARASI	
ODA NO	



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

## HASTA TAKİP DOSYASI

HASTANIN	
Adı Soyadı	
Baba Adı	
Yaşı	
Cinsiyeti	
Yatış-Çıkış Tarihi	
Mesleği	
Eğitim Durumu	
Medeni Durumu	
Adresi	
Telefonu	
Hepatit Markerları	HBsAG ( )    Anti HBs ( )    Anti HCV ( )    Anti HIV ( )

TEŞHİS	
1.	
2.	
3.	
4.	

<b>Hastanın Doktoru</b> <b>Öğretim Üyesi</b> <b>Asistan Doktor</b>	
--	--

#### **HASTA VEYA YAKINLARININ KENDİ İSTEKLERİYLE TABURCU OLMA TUTANAĞI**

N.E. Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji kliniğinde yatarak tetkik ve tedavi edilmekte olan baba adı..... olan..... isimli hastayım.

Doktorlarımızın hastanın hastanede yatması gereki̇ği hakkında bize verdikleri bilgi ve taburcu etmemeye ısrarlarına rağmen kendi rızam ve aile yakınlarının isteği ile tedavimizi yarışabırakarak ve her türlü gelişecek tıbbi ve hukuki problemleri kabul ederek taburcu edilmemizi istemekteyiz.

(Tarih: **Saat:** )

## Takip ve tedavi eden Doktor(Kase ve imza)

Hasta Yakını  
(Adı ve Soyadı/Yakınlık derecesi/İmzası)

## Hastanın Kendisi İmzası veya parmak izi

**YATAN HASTANIN HABERSIZ KLİNİKTEM AYRILMA TUTANAĞI**

**N.E. Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Kliniğinde takip ve tedavi edilmekte olan  
.....isimli hastanın takipler sırasında yatağında  
olmadığı ve bilgimiz dışında klinikten ayrıldığı tesbit edilmiş olup, bu tutanak tarafımızdan  
hazırlanarak imzalanmıştır.**

(Tarih: Saat: )

**Doktor**  
**(Kase ve imza)**

Hemşire  
(Adı ve Sovadı, İmzası)

Hemşire  
(Adı ve Soyadı, İmzası)

NEÜ TIP FAKÜLTESİ, NEFROLOJİ TAKİP FORMU

<b>Adı ve Soyadı:</b>		<b>Yatış Tarihi:</b>	
<b>Dosya Protokol No:</b>			

## HASTANIN VOLÜM DURUMU

YATTIĞI GÜNLER						
Tansiyon Arteriyel (mmHg)						
Vücut Ağırlığı (kg)						
Oral alınan sıvı miktarı (mL)						
IV alınan sıvı miktarı (mL)						
İdrar miktarı (mL/gün)						
CVP/PVP						
Ödem (varsa Yeri)						
Diyaliz UF miktarı (mL)						

HASTANIN DİYALİZ SEÇİMİ, BAZI ÖNEMLİ LABORATUVAR BULGULARI VE TEDAVİSİ

YATTIĞI GÜNLER						
Hemodiyaliz/Periton Diyal						
A-V Fistül/Kateter						
Üre						
Kreatinin						
Na						
K						
CRP						
Procalcitonin						
Hb						
DİYET						
KULLANDIĞI İLAÇLAR						

## NEÜ TIP FAKÜLTESİ, NEFROLOJİ TAKİP FORMU

Adı ve Soyadı:		Yatış Tarihi:	
Dosya Protokol No:			

## HASTANIN VOLÜM DURUMU

YATTIĞI GÜNLER							
Tansiyon Arteryel (mmHg)							
Vücut Ağırlığı (kg)							
Oral alınan sıvı miktarı (mL)							
IV alınan sıvı miktarı (mL)							
İdrar miktarı (mL/gün)							
CVP/PVP							
Ödem (varsa Yeri)							
Diyaliz UF miktarı (mL)							

## HASTANIN DİYALİZ SEÇİMİ, BAZI ÖNEMLİ LABORATUVAR BULGULARI VE TEDAVİSİ

YATTIĞI GÜNLER							
Hemodiyaliz/Periton Diyal							
A-V Fistül/Kateter							
Üre							
Kreatinin							
Na							
K							
CRP							
Procalcitonin							
Hb							
DİYET							
KULLANDIĞI İLAÇLAR							



## KAN VEYA SERUMDA BİYOKİMYA LABORATUVAR SONUÇLARI

## 24 SAATLİK İDRAR LABORATUVAR SONUÇLARI

Tarih	Volüm	Protein	Üre	Kreatinin	Na	K	Ca

eGFR

Tarih	MDRD	Coc.Gau.	Cre.Cir

KAN VEYA SERUMDA DİĞER LABORATUVAR SONUÇLARI

#### KAN VEYA SERUMDA DİĞER LABORATUVAR SONUÇLARI

## MİKROBİYOLOJİK KÜLTÜR SONUÇLARI

**MİKROBİYOLOJİK DİREKT BAKİ İNCELEME SONUÇLARI**

Tarih	Bakı materyeli	Amip-Parazit	Gram Boyama	ARB

**SERUM PROTEİN ELEKTROFOREZİ**

Tarih	Albumin	Alfa-1 Glob.	Alfa-2 Globul.	Beta-Globul.	Gamma Glob

**ULTRASONOGRAFİ RAPOR SONUÇLARI**

Tetkik/Tarih	RAPOR
Üst Batın	
Alt Batın	
Renal	
Damar Vaskuler Access	

ÇEŞİTLİ TETKİK RAPORLARININ SONUÇLARI	
Tetkik/Tarih	RAPOR
CT	
MR	
Ekokardiyografi	
EKG	
Sintigrafi	
Biyopsi Patolojik İnceleme	

## ALLERJİK İLAÇ VE MADDELER :

(Mutlaka doldurulacak, yoksa yok olduğu yazılacak)

## ANAMNEZ

Hastanın,

Adı Soyadı	
Baba Adı	
Yaşı	
Cinsiyeti	
Yatış-Çıkış Tarihi	
Mesleği	
Eğitim Durumu	

## Şikayetler

**Hikaye** (Şikayetlerin ve mevcut hastalıkların Hikayesi)

**Özgeçmiş**

Geçirdiği hastalıklar, kaza ve ameliyatlar:

Alışkanlıklar(sigara, alkol vb.) ve allerjiler :

Sürekli kullandığı ilaçlar :

**Sistemlerin Sorulanması:**

BAŞ	KULAKLAR	GÖZLER
Baş Ağrısı:	İşitme:	Görme Bozukluğu:
Baş Dönmesi:	Çınlama:	Cift Görme:

BURUN	AĞIZ	GLANDLAR
Nezle:	Ağız, boğaz yarası:	Tiroid büyümesi:
Kanama:	Ses kısıklığı:	Lenf büyümeleri:
Tıkanıklık:	Yutma güçlüğü:	Memeler:
Akıntı:	Diş eti kanaması:	
Genizde akıntı:	Dilde yara:	
	Diş çekilmesi:	

KALP-SOLUNUM	
Anamnezde kalp hastalığı:	Göğüs ağrısı:
Anamnezde hipertansiyon:	Anamnezde Tbc:
Anamnezde üfürüm:	Hemoptizi:
Gece gelen nefes darlığı:	Öksürük:
Çarpıntı:	Balgam:
Bayılma:	Titreme:
Dispne:	Ateş:
Ortopne:	Gece Terleme:
Ödem:	

GASTRO-İNTESTİNAL SİSTEM		
İştah:	Hazım:	Karın ağrısı:
Bulantı:	Kusma:	Sarılık:
Hemoroid:	Meteorizm:	Disfaji:
Dışkı görünümü:	Düğerleri:	

## GENİTO-ÜRİNER SİSTEM

Dizüri:	Hematüri:	Döl organları:
Pollaküri:	Poliüri:	Akıntı:
Oligüri:	Sifiliz:	İnkontinans:
Polidipsi:	Noktüri:	Gonore:
Bufissür:		

## NÖRO-MUSKULER SİSTEM

Sinirlilik:	Oynak ağrısı:	Ataksi:
Tremor:	Parestezi:	Libido:
Çakıcı ağrı:	Paralizi:	Adale ağrısı:
Kuşaksal ağrı:		

## SOY GEÇMİŞİ

Anne: ..... Baba: .....

Kardeşler: .....

Tüberküloz: ..... Sifiliz: ..... Kanser .....

Kalp hastalığı:..... Hipertansiyon: .....

Diabet:..... Guatr: .....

Gut: ..... Psikiyatrik hastalıklar: .....

Hemofili: ..... Sarılık: ..... Romatizma:.....

Böbrek hastalıkları: .....

Diğer hastalıklar: .....

.....

## FİZİK MUAYENE BULGULARI

### Genel Durum:

Şuur

 Açık Konfüzyon Stupor Koma

### Solunum:

Sayısı (        )

 Spontan normal Dispneik Cheyne-stokes

### Solunum cihazıyla:

Sayısı (        )

 Ritmik Aritmik

### Arteriel kan Basıncı : (mmHg)

Vücut Ağırlığı (kg):

Boy (cm)

### Fizik Aktivite :

 Normal Yardımla Aktif Yatalak

## BAŞ BOYUN MUAYENESİ

### Gözler

 Görme normal Gözlükle görme normal Ekzoftalmi Kapak pitozu sağ sol Amaroz sağ sol Boufissiür Ödem Konjunktivalar normal soluk Katarakt sağ sol

### Diger Bulgular:

### Kulaklar

 İşitme normal İşitme azalması sağda solda İşitme cihazı kullanıyor Kulaklıarda akıntı sağ sol

### Diger Bulgular:

**Burun**

<input type="checkbox"/> Kanama var	<input type="checkbox"/> yok	<input type="checkbox"/> Sinüzit frontal	<input type="checkbox"/> maxiller
-------------------------------------	------------------------------	--	-----------------------------------

Düger Bulgular:

**Ağız/Boğaz**

<input type="checkbox"/> Aftöz lezyon var	<input type="checkbox"/> Dil paslı	<input type="checkbox"/> Dil papillaları silinmiş
<input type="checkbox"/> Diş/dişler çürük	<input type="checkbox"/> Farenks hiperemik	<input type="checkbox"/> Tonsillallar normal
<input type="checkbox"/> Tonsillalar kriptik	<input type="checkbox"/> Tonsillalar hipertrofik	

Düger Bulgular:

**Boyun**

<input type="checkbox"/> Tiroid büyük	<input type="checkbox"/> Tiroidde nodül	<input type="checkbox"/> Juguler ven dolgun
<input type="checkbox"/> Lenfadenomegali yok		

Lenfadenomegali lokalizasyonu:

Lenf ganglionunun özellikleri:

<input type="checkbox"/> Ense sertliği yok	var ise özelliği:
--	-------------------

Düger Bulgular:

**SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ****İnspeksiyon**

Solunum tipi	<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Dispne	<input type="checkbox"/> Hırıltılı solunum	<input type="checkbox"/> Solunum sayısı
<input type="checkbox"/> Öksürük var	<input type="checkbox"/> Siyanoz santral	<input type="checkbox"/> Trachea orta hatta	<input type="checkbox"/> Trachea orta hatta değil	
<input type="checkbox"/> Göğüs ön-arka çapı artmış		<input type="checkbox"/> Her iki hemitoraks solunuma eşit iştiraklı		
<input type="checkbox"/> Sağ hemitoraks iştiraklı değil		<input type="checkbox"/> Sol hemitoraks iştiraklı değil		

Düger Bulgular:

**Palpasyon**

<input type="checkbox"/> Vokal fremitus her iki akciğerde eşit	<input type="checkbox"/> Vokal fremitus alınamıyor
	<input type="checkbox"/> solda

Düger Bulgular:

<b>Perküsyon</b>	
<input type="checkbox"/> Her iki akciğerde normal sonorite	<input type="checkbox"/> Kostodiyafragmatik sinüsler açık
<input type="checkbox"/> Kostodiyafragmatik sinüs kapalı sağda	<input type="checkbox"/> solda
Matitenin lokalizasyonu:	
Diğer Bulgular:	

<b>Oskültasyon</b>	
<input type="checkbox"/> Her iki akciğerde solunum sesleri normal	
Yaş railer var; lokalizasyonu	
Kuru railer var; lokalizasyonu	
Solunum sesleri alınamıyor; lokalizasyon	
Diğer Bulgular:	

<b>KARDİYOVASKULER SİSTEM MUAYENESİ</b>		
<b>İnspeksiyon</b>		
<input type="checkbox"/> İstirahatte rahat		<input type="checkbox"/> Düz zeminde yatabiliyor
<input type="checkbox"/> Nefes darlığı :	<input type="checkbox"/> yürüken	<input type="checkbox"/> istirahatte <input type="checkbox"/> Siyanoz Periferik
<input type="checkbox"/> Malar flush		
Cerrahi op. Skarı ve yeri:		
<input type="checkbox"/> El parmaklarında nikotin lekesi var		<input type="checkbox"/> Splinter hemoraji
<input type="checkbox"/> Pacemaker kutusu var		<input type="checkbox"/> Ksantelazma
<input type="checkbox"/> Juguler Ven normal		<input type="checkbox"/> Dolgun : sağda
		<input type="checkbox"/> Çomak parmak
		<input type="checkbox"/> Tendon ksantoması
		<input type="checkbox"/> solda

Palpasyon			
Kalp tepesi lokalizasyonu:			
<input type="checkbox"/> Thrill yok	<input type="checkbox"/> Thrill var, lokalizasyonu:		
Periferik nabazanların muayenesi			
<input type="checkbox"/> Karotis normal	Anormal ise özelliği:		
<input type="checkbox"/> Radial normal	Anormal ise özelliği:		
<input type="checkbox"/> Brakial normal	Anormal ise özelliği:		
<input type="checkbox"/> Femoral normal	Anormal ise özelliği:		
<input type="checkbox"/> Popliteal normal	Anormal ise özelliği:		
<input type="checkbox"/> Tibialis posterior normal	Anormal ise özelliği:		
<input type="checkbox"/> Dorsalis Pedis normal	Anormal ise özelliği:		
Oskültasyon			
Mitral odak (Kalp tepesinin olduğu yer)			
<input type="checkbox"/> Mitral odak sufl yok	<input type="checkbox"/> Sufl var ise sistolik	<input type="checkbox"/> diastolik	<input type="checkbox"/> Şiddeti:
Sufl'ün diğer özellikleri:			
<input type="checkbox"/> Ritm normal	Aritmik ise özelliği:		
<input type="checkbox"/> Mitral odakta 3.ses yok	<input type="checkbox"/> 3.ses var		
<input type="checkbox"/> Mitral odakta krepitasyon yok		Krepitasyon var	
Trüküpid odak (4.interkostal aralığın sol sternum kenarı)			
<input type="checkbox"/> Trüküpid odak sufl yok	<input type="checkbox"/> Sufl var ise sistolik	<input type="checkbox"/> diastolik	<input type="checkbox"/> Şiddeti
Sufl'ün diğer özellikleri:			
<input type="checkbox"/> Ritm normal	Aritmik ise özelliği:		
<input type="checkbox"/> Krepitasyon yok	<input type="checkbox"/> var		

<b>Aort odağı (2.interkostal aralığın sternum sağ kenarı)</b>			
<input type="checkbox"/> Aort odağı sufl yok	<input type="checkbox"/> 4.ses var	<input type="checkbox"/> 4.ses yok	
<input type="checkbox"/> Sufl varsa sistolik	<input type="checkbox"/> diastolik	Şiddeti:	
Suflün diğer özellikleri:			
<input type="checkbox"/> Ritm normal	Aritmik ise özelliği:		
<b>Pulmoner odak ( 2.interkostal aralığın sternum sol kenarı)</b>			
<input type="checkbox"/> Pulmoner odak sufl yok			
<input type="checkbox"/> Sufl varsa sistolik	<input type="checkbox"/> diastolik	Şiddeti:	
Suflün diğer özellikleri:			
<input type="checkbox"/> Ritm normal	Aritmik ise özelliği:		
<b>Diğer Muayene Bulguları</b>			
<input type="checkbox"/> Pretibial ödem yok	var ise özelliği:		
<input type="checkbox"/> Presakral ödem yok	var ise özelliği:		
<input type="checkbox"/> Hepatomegali yok	var ise özelliği:		
<input type="checkbox"/> Splenomegali yok	var ise özelliği:		
<input type="checkbox"/> Pulsus alternans yok	<input type="checkbox"/> var	<input type="checkbox"/> Pulsus paradoxus yok	<input type="checkbox"/> var
<input type="checkbox"/> Corrigan (sıcrayıcı) nabız yok		<input type="checkbox"/> var	
<b>Arteriyel kan basıncı (mmHg)</b>			
Ölçüm cihazı :	<input type="checkbox"/> Aneroid	<input type="checkbox"/> Cıvalı	
Oturur pozisyonda:			
Yatar pozisyonda:			
Ayakta			

## GASTROINTESTİNAL SİSTEM MUAYENESİ

### İnspeksiyon

<input type="checkbox"/> Kaşeksi yok	<input type="checkbox"/> Kaşeksi var	<input type="checkbox"/> Ciltte ikter yok	<input type="checkbox"/> Ciltte ikter var ise özelliği:
<input type="checkbox"/> Skleralarda ikter yok	<input type="checkbox"/> İkter var	<input type="checkbox"/> Telenjektazi yok	<input type="checkbox"/> var
<input type="checkbox"/> Abdomen normal	<input type="checkbox"/> Bombe	<input type="checkbox"/> Caput Medusa var	<input type="checkbox"/> Venöz kollateral var

### Oskültasyon

<input type="checkbox"/> Barsak sesleri normal	Sayısı:	<input type="checkbox"/> Barsak sesleri azalmış	Sayısı:
<input type="checkbox"/> Barsak sesleri artmış	Sayısı:	Dünger bulguları:	

### Palpasyon

<input type="checkbox"/> Hepatomegali yok	<input type="checkbox"/> Splenomegali yok	<input type="checkbox"/> Abdomende kitle
---	---	--

Hepatomegali var ise özellikler :

Splenomegali var ise özellikler :

Abdomende kitle var ise lokalizasyonu :

<input type="checkbox"/> Rektal tuşe normal	Anormal ise bulgular:
---	-----------------------

### Perküsyon

<input type="checkbox"/> Traubeaçık	<input type="checkbox"/> Traube kapalı	<input type="checkbox"/> Batında matite yok
-------------------------------------	--	---

Karaciğer submatite yeri:

Karaciğer matite yeri:

Batında matite var ise lokalizasyonu:

Diğer muayene bulguları:

## ENDOKRİN SİSTEM MUAYENESİ

### İnspeksiyon

<input type="checkbox"/> Tiroid lojunda kitle yok	<input type="checkbox"/> Kitle var	<input type="checkbox"/> Eksoftalmi yok	<input type="checkbox"/> Eksoftalmi var
<input type="checkbox"/> Yüzde kızarıklık var	<input type="checkbox"/> Cushingoid postur var	<input type="checkbox"/> Gelişme geriliği mevcut	
<input type="checkbox"/> Ciltte erguvani yırtıklar var			

### Palpasyon

<input type="checkbox"/> Cilt nemli	<input type="checkbox"/> Cilt kuru	<input type="checkbox"/> Tiroid palpabl değil
-------------------------------------	------------------------------------	---

Tiroid Palpabl ise tanımla:

## ÜRİNER SİSTEM MUAYENESİ

### İnspeksiyon

<input type="checkbox"/> Cilt rengi normal	<input type="checkbox"/> Soluk	<input type="checkbox"/> Ürokromik	<input type="checkbox"/> Ciltte üremik frost var
<input type="checkbox"/> Boufissür ödem var	<input type="checkbox"/> Bacaklıarda ödem var	<input type="checkbox"/> Ayaklar ödemli	<input type="checkbox"/> Skrotum ödemli

### Palpasyon

<input type="checkbox"/> Böbrekler palpabl değil
--

Böbrekler palpabl ise tanımla:

Üreter alt uç noktalarına bası ağrılı ise tanımla:

<input type="checkbox"/> Glob vesikal yok
---

Glob vesikal varsa tanımla:

Perküsyon
<input type="checkbox"/> Kostodiyafragmatik açı künt perküsyonla ağrısız
Kostodiyafragmatik açı hassasiyeti varsa tanımla:

## ROMATOLOJİK SİSTEM MUAYENESİ

İnspeksiyon	
Hasta postürünü tanımla:	
<input type="checkbox"/> Hasta fiziki aktiviteleri normal	
Hasta fiziki aktiviteleri kısıtlı ise tanımla:	
<input type="checkbox"/> Eklem deformiteleri yok	
Eklem deformiteleri varsa tanımla:	
Ciltte döküntü varsa tanımla:	
Şiş ve/veya ağrı olan eklem varsa tanımla:	
<input type="checkbox"/> Eklem problemleri simetrik	Asimetrik ise tanımla:
Diğer bulgular:	

Palpasyon
Eklemlerde hareket kısıtlığı yok
Hareket kısıtlığı olan eklemler hangileri:
Diğer bulgular:

## HEMATOLOJİK SİSTEM MUAYENESİ

İnspeksiyon		
<input type="checkbox"/> Cilt normal	<input type="checkbox"/> Cilt soluk	<input type="checkbox"/> Ciltte sarılık var
<input type="checkbox"/> Ciltte peteşiler var	Lokalizasyonlar:	
<input type="checkbox"/> Ciltte ekimozlar var	Lokalizasyonlar:	
<input type="checkbox"/> Ciltte hematomlar var	Lokalizasyonlar:	
<input type="checkbox"/> Skleralar ikterik	<input type="checkbox"/> Skleralarda kanama var	

Palpasyon	
<input type="checkbox"/> Lenfadenomegali yok	var ise lokalizasyonlar:

### YUKARIDAKİ MUAYENE BULGULARINDAN ANORMAL OLANLARININ LİSTESİ

1-

2-

3-

4-

5-

6-

## ÖN TANILAR

1-

2-

3-

4-

## HASTANIN İLK YATIŞTA KULLANACAGI İLAÇLARI(ORDER)

**Asistan Doktor**

**Adı, Soyadı, Kaşesi**

**İmza**

**Uzman Doktor**

**Adı, Soyadı, Kaşesi**

**İmza**

## HASTANIN TÜM YATIŞINDA KULLANDIĞI İLAÇLAR

	İLAÇ/SERUM ADI	BAŞLAMA TARİHİ	SON VERME TARİHİ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

## HASTANIN GÜNLÜK MÜŞAHADE NOTLARI

(Hastanın günlük şikayetleri, hikayesi, fizik muayene bulguları, tedavi değişiklikleri vb. yazılır)

TARİH

MÜŞAHADE NOTLARI

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

## HASTANIN GÜNLÜK MÜŞAHADE NOTLARI

(Hastanın günlük şikayetleri, hikayesi, fizik muayene bulguları, tedavi değişiklikleri vb. yazılır)

TARİH

MÜŞAHADE NOTLARI

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

## HASTANIN GÜNLÜK MÜŞAHADE NOTLARI

(Hastanın günlük şikayetleri, hikayesi, fizik muayene bulguları, tedavi değişiklikleri vb. yazılır)

TARİH

MÜŞAHADE NOTLARI

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

## HASTANIN GÜNLÜK MÜŞAHADE NOTLARI

(Hastanın günlük şikayetleri, hikayesi, fizik muayene bulguları, tedavi değişiklikleri vb. yazılır)

TARİH

MÜŞAHADE NOTLARI

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

## HASTANIN GÜNLÜK MÜŞAHADE NOTLARI

(Hastanın günlük şikayetleri, hikayesi, fizik muayene bulguları, tedavi değişiklikleri vb. yazılır)

TARİH

MÜŞAHADE NOTLARI

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

## HASTANIN GÜNLÜK MÜŞAHADE NOTLARI

(Hastanın günlük şikayetleri, hikayesi, fizik muayene bulguları, tedavi değişiklikleri vb. yazılır)

TARİH

MÜŞAHADE NOTLARI

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

## HASTANIN GÜNLÜK MÜŞAHADE NOTLARI

(Hastanın günlük şikayetleri, hikayesi, fizik muayene bulguları, tedavi değişiklikleri vb. yazılır)

TARİH

MÜŞAHADE NOTLARI

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

Arş. Gör. Doktor Kaşe ve İmza

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

## HASTANIN MESAİ DİŞİ NÖBETTE TAKİP NOTLARI

TARİH

Arş. Gör. Dr. Adı ve Soyadı / İmzası

TARİH

Arş. Gör. Dr. Adı ve Soyadı / İmzası

## HASTANIN MESAİ DİŞİ NÖBETTE TAKİP NOTLARI

TARİH

Arş. Gör. Dr. Adı ve Soyadı / İmzası

TARİH

Arş. Gör. Dr. Adı ve Soyadı / İmzası

## HASTA TABURCU/DEVİR NOTU

**Hasta Adı ve Soyadı**

**Hastanın Taburcu/Devir Tarihi**

**Hastanın Tanıları**

**Hastanın varsa dieti:**

**Hastanın kullanacağı ilaçları::**

**TARİH**

Arş. Gör. Dr. Adı ve Soyadı / İmzası

**TARİH**

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

## HASTA TABURCU/DEVİR NOTU

**Hasta Adı ve Soyadı**

**Hastanın Taburcu/Devir Tarihi**

**Hastanın Tanıları**

**Hastanın varsa dieti:**

**Hastanın kullanacağı ilaçları::**

**TARİH**

Arş. Gör. Dr. Adı ve Soyadı / İmzası

**TARİH**

Uzman Doktor Kaşe ve İmza

## DİABETİK HASTADA KAN GLUKOZUNU DÜZENLEMEMEK İÇİN İNSÜLİN TEDAVİSİ TAKİP SONUÇLARI

## Hasta Adı ve Soyadı

## Dosya Protokol No

Kullanılan İnsulin adı ve dozu yazılacak. R: Reguler, H:Hızlı etkili, U:Uzun etkili, M:Karışık, O:Orta etkili adı

<b>SAAT</b> <b>06:00</b>	<b>SAAT</b> <b>12:00</b>	<b>SAAT</b> <b>18:00</b>	<b>SAAT</b> <b>24:00</b>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

## ADLI VAKA RAPORU

Tarih

Saat

Arş. Gör. Dr. Adı ve Soyadı / İmzası