	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.FR.104
		YAYIN TARİHİ	17.03.2020
		REVİZYON NO	00
	ALLERJİ VE İMMÜNOLOJİ BD ORAL İLAÇ PROVAKASYON TESTİ FORMU	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1/2

ADI SOYADI:	TELEFON:
DOĞUM TARİHİ:	KLİNİK:
PROTOKOL NO:	YATAN:
CİNSİYETİ:	AYAKTAN:
İLAÇ ALERJİ SÜRESİ:	
EŞLİK EDEN HASTALIK:	
PRİCH TESTLER:	
İSTENEN PROVAKASYON AMACI:	

İLAÇ ADI:	TARİH / SAAT …. /…. / …. …. : ….	DOKTOR		
		KAŞE		
		İMZA		

TARİH / SAAT …. /…. / …. ….. / …..	İLAÇ DOZU	YAKINMA	KLİNİK BULGU	FEV1	TA	NABIZ	SAT O2	UYGULAYAN HEMŞİRE ADI SOYADI-İMZA

İLAÇ ADI:	TARİH / SAAT …. /…. / …. …. : ….	DOKTOR		
		KAŞE		
		İMZA		

TARİH / SAAT …. /…. / …. ….. / …..	İLAÇ DOZU	YAKINMA	KLİNİK BULGU	FEV1	TA	NABIZ	SAT O2	UYGULAYAN HEMŞİRE ADI SOYADI-İMZA