

AS.FR.10

02.04.2019

REV-00

Revizyon tarihi

1/1

Hasta Adı Soyadı:

Bulaşıcı Hastalık: Var Yok

Protokol no:

Alerji: Var Yok

Cinsiyeti / Yaşı:

Laboratuvar Tetkikler: Var Yok

Düşme Riski: Var Puan Yok

Tanı:

Kan Grubu:

Bakım Veren Hemşire:

Diğer Tetkikler:

Hemşirelik Girişimleri İle İlgili Bilgiler:

TA/ Nabız:.....mmHg//dk

Ateş/ Solunum:.....C/...../dk

Bilinç Durumu: Açık Yarı Açık Kapalı

Aldığı / Çıkardığı: +.....cc / -.....cc

Albumin.....adet

ERT.....adet

TDP.....ade

TF.....adet

Teslim Eden

Adı Soyadı:

Serv. Ünite:

Nakil Tarih:

İmza:

Teslim Alan

Adı Soyadı:

Serv. Ünite:

Nakil Tarih:

İmza: