

1.	_____ Nebul / İnhaler Günde _____ kere _____ Süre: Devamlı
2.	Gece Hapı (_____ Günde _____ kere _____ Süre:
3.	Ventosal Nebul Günde _____ kere _____ Süre:
4.	Ventolin Surup Günde _____ kere _____ Süre:
5.	Dekort Ampul Günde _____ kere _____ Süre:
6.	Otrivine Burun Spreyi Günde _____ kere _____ Süre:
7.	Burun Temizliği (_____ Günde _____ kere _____ Süre:
8.	Nazal Steroid (_____ Günde _____ kere _____ Süre:
9.	Antihistaminik (_____ Günde _____ kere _____ Süre:
10.	Alginik Asit (_____ Günde _____ kere _____ Süre:
11.	Domperidon (_____ Günde _____ kere _____ Süre:
12.	Mide İlacı (_____ Günde _____ kere _____ Süre:

1.	_____ Nebul / İnhaler Günde _____ kere _____ Süre: Devamlı
2.	Gece Hapı (_____ Günde _____ kere _____ Süre:
3.	Ventosal Nebul Günde _____ kere _____ Süre:
4.	Ventolin Surup Günde _____ kere _____ Süre:
5.	Dekort Ampul Günde _____ kere _____ Süre:
6.	Otrivine Burun Spreyi Günde _____ kere _____ Süre:
7.	Burun Temizliği (_____ Günde _____ kere _____ Süre:
8.	Nazal Steroid (_____ Günde _____ kere _____ Süre:
9.	Antihistaminik (_____ Günde _____ kere _____ Süre:
10.	Alginik Asit (_____ Günde _____ kere _____ Süre:
11.	Domperidon (_____ Günde _____ kere _____ Süre:
12.	Mide İlacı (_____ Günde _____ kere _____ Süre:

Adı / Soyadı: _____

Tarih : __/__/____

Adı / Soyadı: _____

Tarih : __/__/____

Adı / Soyadı: _____

Tarih : ___/___/_____

1.	Nemlendirici _____ Tüm Vücuda Günde _____ kere _____ Süre: Devamlı
2.	Nemlendirici _____ Lezyonlara Günde _____ kere _____ Süre:
3.	Bariyer _____ krem Günde _____ kere _____ Süre:
4.	Tropikal Steroid _____ krem Günde _____ kere _____ Süre:
5.	Topikal antibiyotik _____ krem Günde _____ kere _____ Süre:
6.	Antibiyotik _____ Şurup / Tablet Günde _____ kere _____ Süre:

Adı / Soyadı: _____

Tarih : ___/___/_____

1.	Nemlendirici _____ Tüm Vücuda Günde _____ kere _____ Süre: Devamlı
2.	Nemlendirici _____ Lezyonlara Günde _____ kere _____ Süre:
3.	Bariyer _____ krem Günde _____ kere _____ Süre:
4.	Tropikal Steroid _____ krem Günde _____ kere _____ Süre:
5.	Topikal antibiyotik _____ krem Günde _____ kere _____ Süre:
6.	Antibiyotik _____ Şurup / Tablet Günde _____ kere _____ Süre:

Kontrol: _____

Kontrol: _____

İY.FR.53/Rev01/22.06.2020

İY.FR.53/Rev01/22.06.2020