

Doküman Kodu: AS.FR.23 Yayın Tarihi: 13.01.2021 Revizyon Tarihi:- Revizyon No:00 Sayfa No:1/1

Ünite:

Bölüm:

Tarih:

**HASTA BİLGİLERİ**

Hastanın ADI SOYADI:.....	İlaç Alerjisi: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
HASTA NO:.....	1. ....
DOĞUM TARİHİ:.....	2. ....
CİNSİYETİ:.....	3. ....
Sürekli Kullanılan İlaç: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Kanama Bozukluğu: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
<input type="checkbox"/> Heparin/türevi	<b>Yumurta Alerjisi:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
<input type="checkbox"/> Coumadin	<b>Varsa Hekimine Danışınız</b>
<input type="checkbox"/> Diğer:.....	<b>Bu bölüm grip aşısı uygulaması için geçerlidir.</b>

Hastaya ilacın yan etkileri ve siyatik sinir vb.oluşabilecek hasarlar Bana anlatılan olası yan etkileri dinledim ve anladım.  
hakkında bilgi verdim.  
Hemşire Adı-Soyadı-İmza Hasta Yakını Ad-Soyadı- İmza

Uygulama reçete ile yapıldı.Yapıldı ise reçetenin bir kopyasını forma ekleyiniz.

**İSTEM VE UYGULAMALAR**

Saat	Hekim İstemi	Doz	Uygulama Yolu	Uygulama Bölgesi	Hemşire	İmza

İstemi Yapan Hekim: Tarih:...../...../..... Saat:...../..... İmza:

**VITAL BULGULAR İZLEMİ**

Saat	Kan Basıncı (mm/Hg)	Nabız(/dak)	Ateş <sup>°C</sup>	Solunum (/dk)	SpO2(%)	Ağrı			Hemşire
						Skor	Skala	Yer	
uygulama öncesi									
uygulama dan 15 dk sonra									
uygulama dan 30 dk sonra									

Uygulama sonrası gelişen koplikasyon?  Yok  Var Varsa açıklayınız:.....

Saat	Hemşire İzlem Notları	Hemşire

Çıkış Saati:...../.....