|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AD-SOYAD:……………………….** |  | **TEŞHİS:……………………** | **TABURCU TARİHİ:……/……/20….** |  |
| **TEDAVİ** |
| 1. **İLAÇ TEDAVİSİ**
 |
|  | **İLAÇLAR** | **SABAH** | **ÖĞLE** | **AKŞAM** | **GECE** |
| **AÇ** | **TOK** | **AÇ** | **TOK** | **AÇ** | **TOK** | **AÇ** | **TOK** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kullandığı ilaçlardan olası bir besin etkileşimi olan varsa belirtiniz.****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….** |
| **2. DİYET TEDAVİSİ****……………………………………………………………………………………………………………………………………****…………………………………………………………………………………………………………………………………..** |
| **3. EGZERSİZ TEDAVİSİ****………………………………………………………………………………………………………………………………….****…………………………………………………………………………………………………………………………………..** |
| **4. KULLANACAĞI CİHAZDA DİKKAT ETMESİ GEREKEN NOKTALAR****………………………………………………………………………………………………………………………………….****………………………………………………………………………………………………………………………………….** |
| **5. CERRAHİ BİR MÜDAHALE YAPILDIYSA:** |
| - Pansuman Sıklığı: |  |
| - Ne Zaman Banyo Yapacağı: |  |
| -Dikişinin Alınacağı Tarih: |  |
| -Kontrole Geleceği Tarih: |  |
| **NOTLAR:****DOKTOR KAŞE/İMZA**Gerektiğinde İrtibat Kuracağınız Telefon Numarası**:****DOKTOR Dahili no…………** |

|  |  |
| --- | --- |
| indir | **SAVUR PROF. DR. AZİZ SANCAR İLÇE DEVLET HASTANESİ****TABURCULUK SONRASI BİLGİ FORMU** |
| **KODU** | **HB.FR.20** | **YAYIN TARİHİ** | **01.11.2018** | **REVİZYON TARİHİ** | **03.01.2022** | **REVİZYON NO** | **01** | **SAYFA SAYISI** | **01** |

1