|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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