ÖZEL MECİDİYEKÖY ÇEVRE HASTANESİ	**HEMŞİRE TAKİP VE TEDAVİ FORMU**	Dokuman No:	KLN.FR.02
		Yayın Tarihi:	21.10.2009
		Rev.No:	01
		Rev.Tarihi:	17.12.2012
		Sayfa No:	4/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Başhemşire	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

ADI SOYADI: **TEŞHİS:**
YAŞI: **OPERASYON ADI:**
TARİH : **DOKTOR:**
YATAK NO: **BOY:** **KİLO:**

SAAT	TANSİYON	NABIZ	ATEŞ	SPO2	AĞRI	DAMAR YOLU TAKİP	NOT