



DAHİLİYE HASTASI TABURCULUK YÖNERGESİ

Dokuman No:	KLN.FR.23
Yayın Tarihi:	06.09.2009
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

Adı Soyadı:

Tarih:

Doğum Tarihi:

Protokol No:

Cinsiyeti:

Servis:

Hastanın taburcu edildiği yer	<input type="checkbox"/> Ev	<input type="checkbox"/> Diğer.....		
Evde bakıma ihtiyacı var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
Evde bakımı karşılayacak kişi	<input type="checkbox"/> Aile	<input type="checkbox"/> Özel hemşire		
(Firma.....Tel.....)				
Cihaz Gereksinimi	<input type="checkbox"/> Aspiratör	<input type="checkbox"/> Oksijen tüpü	<input type="checkbox"/> Ventilatör	<input type="checkbox"/> Nebulizatör
	<input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> Yok		
Cihaz Koordinasyonu yönlendirilen yer/tel:				

Kullanılan İlaçlar	Kullanım Şekli	Süresi
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

Hekime başvurulması gereken durumlar

- Kullandığı ilaçlar ile ilgili cildinde döküntü, mide bulantısı, kusma ve ishal geliştiğinde,
- Taburcu olduktan sonra ilaç kullanmasına rağmen şikayetleri devam ediyor hatta artıyorsa,
- Hastanızda beslenme güçlüğü, aşırı derecede halsizlik ve huzursuzluk gözlemlediğinizde Hekiminize başvurunuz.

Diyet tedavisi:

Kontrol hakkında bilgi:

Kontrol randevu tarihi.../.../.....

Hekimin Adı Soyadı:.....

Hemşirenin Adı Soyadı:.....

Tarih .../.../... Saat:.....

Ünitenin tel:.....

Tel:.....İmza:.....

İmza:.....

Yukarıdaki bilgileri aldığımı ve anladığımı onaylıyorum.

Hasta Yakını Adı Soyadı:.....

İmza:.....

Gerektiğinde İletişim Tel: Dahili:.....