ÖZEL MEDİDİYEKÖY ÇEVRE HASTANESİ	**KAN ŞEKERİ VE DİYABET TAKİP FORMU**	Dokuman No	KLN.FR.42
		Yayın Tarihi	05.02.2019
		Rev.No	01
		Rev.Tarihi	22.02.2019
		Sayfa No	1/1

Hastanın Adı Soyadı: Doktor Adı Soyadı:

Yaşı: Oda No:

Cinsiyeti: Yattığı Servis:

TARİH	KAN ŞEKERİ				ANTİDİYABETİK TEDAVİSİ							Uygulama Saati	Uygulayan Hemşire	İnsülin Uygulama Bölgesi	Enjeksiyona Bağlı Komplikasyon
					İNSÜLİN				ORAL ANTİDİYABETİK						
							Uygulama								
	SAAT	SONUÇ (mg/dl)	A=Açlık T=Tokluk	G=Glukometri L=Laboratuv	ADI	DOZU (Ünite)	Yol	Bölgesi	ADI	DOZU (Ünite)	A=Açlık T=Tokluk				
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..														Abdominal Bölge (1)	Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..														Femoral Bölge (2)	Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..														Deltoid Bölge (3)	Var ☐