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:
Yaşı:
Cinsiyeti:

Doktor Adı Soyadı:
Oda No:
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..														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..														Deltoid Bölge (3)	Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐
…../…./20..															Var ☐