



HEMODİYALİZ ÜNİTESİ AYLIK DİYALİZ TUTANAĞI

Doküman Kodu	Di.FR.020
Yayın Tarihi	07.01.2016
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1

Diyaliz Süresi Saattir.

Adı Soyadı

Adresi

Telefon

	Cihaz No	Tedavi Tarihi	Başlama Bitiş Saati	Seans	Sorumlu Uzm.Dr. İmza	HD Hemşire İmza	Hasta Yakını İmza
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							