



HEMODİYALİZ DOKTOR ORDER FORMU

Doküman Kodu	D .FR.19
Yayın Tarihi	07.01.2016
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1

HASTANINADI/SOYADI:.....
YATTIĞİSERVİS :.....

TARİH:.....
SAAT :.....

HASTAYA UYGULANACAK TEDAVİDETAYI

HASTAYAUYGULANACAKTEDAVİ

SAATİ

KANAKİMHİZİ

NEMRANYÜZEYALANI

ULTRAFİLTASYON MİKTARI

HEPARİNİZASYON

DİKKATEDİLMESİGEREKENHUSULAR.....

.....

.....

.....

.....

UYGULAYANHEMŞ.

ADISOYADI

İMZA

DOKTOR

ADISOYADI

İMZA