Demo Hastanesi

PALYATİF BAKIM SERVİSİ HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu: PB.FR.004	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Adı: **Tanı:**

Soyadı: **Kilo: Boy: Oda No:**

TC: **Beslenme Tipi:**

Yaş: **Apache 2:**

TARİH	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....
GKS																
Ağrı Skalası (1...10)																
Bulantı (1...10)																
Kusma (1...10)																
İştah (1...10)																
Halsizlik (1...10)																
Dispne (1...10)																
Ankisiyete (1...10)																
Depresyon (1...10)																
Kendini İyi His. (1...10)																
Uyku Kalitesi (1...10)																
Kabızlık (1...10)																
İshal (1...10)																
Kasıntı (1...10)																