



BARKOD

Hasta boyu:	Hasta kilosu:
Kronik hastalıklar:	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Diğer.....
Geçirilen hastalıklar/ Operasyonlar:	<input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz):..... <input type="checkbox"/> Yok
Alerjileri (ilaç, gıda, flaster vb.):	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Varsa Belirtiniz	<input type="checkbox"/> İlaç <input type="checkbox"/> Yiyecek <input type="checkbox"/> Diğer.....
Alışkalıkları (sigara, alkol vb.)	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR	
1)	3)
2)	4)
Kan Grubu:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Rh (+) <input type="checkbox"/> Rh (-)
Daha Önce Kan Transfüzyonu Uygulandı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
HbsAg: <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	HCV: <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif
KISITLAMA İHTİYACI	
Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok (Evet ise " <i>Hasta Hareket Kısıtlama Talimatı</i> " uygulanır.)
İZOLASYON	
İhtiyaç var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok (Var ise " <i>İzolasyon Önlemleri Talimatı</i> " uygulanır.)
Varsa İzolasyon Şekli	<input type="checkbox"/> Temas <input type="checkbox"/> Sıkı Temas <input type="checkbox"/> Damlacık <input type="checkbox"/> Solunum <input type="checkbox"/> Diğer