(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)

COVİD-19 TEDAVİSİNE YÖNELİK ADVERS REAKSİYON TAKİP FORMU

Doküman Kodu: İY.FR.019	Yayın Tarihi: 24.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Hastane Adı:		**İl:**	

Adı, Soyadı ve T.C. Kimlik No	**COVID-19 Tanı Yöntemi ***	**Kullanılan Tedavi** *(Kullanılan İlaçlar İçin Uygun Kutucuğu İşaretleyiniz)*						**Advers Reaksiyon** *(VAR ya da YOK olarak belirtiniz. Varsa ekteki formu doldurunuz.)*
		Oseltamivir	**Hidroksiklorokin**	**Azitromisin**	**Favipravir**	**Lopinavir / Ritonavir**	**Diğer**	
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
* PCR: 1 | Klinik Değerlendirme: 2 | Hızlı Test: 3								☐ Var ☐ Yok

x