(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
DİYALİZ ÜNİTESİ EPİKRİZ FORMU

Doküman Kodu: Dİ.FR.087	Yayın Tarihi: 24.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

ADI SOYADI:	**TC NO:**
DOĞUM TARİHİ:	**TELEFON:**
ADRES:	**KURUMU:**
TEŞHİS:	**DİYALİZE BAŞ. TARİHİ:**
DİYALİZ PROGRAMI:	**SEANS SÜRESİ:**
KURU AĞIRLIĞI:	**SON DİYALİZ TARİHİ:**
VASK.GİRİŞ YOLU:	**ORTALAMA UF:**
DİYALİZER/ KAN POMPA HIZI:	**GİRİŞ-ÇIKIŞ TA:**
HEPARİNİZASYON:	**DİYALİZ ÇIKIŞ KİLO:**
KAN GRUBU:	**ALLERJİ:**
HBS AG:	**ANTİ HBS:**
ANTİ HCV:	**HIV:**
TEDAVİ:	
DİĞER:	

TARİH

DOKTOR / İMZA