(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
KEMOTERAPİ HEKİM İSTEM FORMU

HASTA BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		**T.C. Kimlik No**	
Protokol / Dosya No		**Doğum Tarihi**	
Tanı		**Evre**	
Boy (cm)		**Kilo (kg)**	
Vücut Yüzey Alanı (m²)		**Alerji Öyküsü**	

TEDAVİ BİLGİLERİ			
Kemoterapi Protokolü		**Kür No / Gün**	
Tedavi Amacı (küratif / adjuvan / palyatif)		**İlaca Başlama Tarihi**	
Planlanan Kür Sayısı		**Kür Aralığı**	

PREMEDİKASYON

İlaç	Doz	Uygulama Yolu	Uygulama Zamanı (kemoterapiden önce)

KEMOTERAPİ İLAÇLARI (uygulama sırasıyla)

Sıra	İlaç Adı	Doz / m² ya da kg	Hesaplanan Doz	Sıvı ve Hacmi	Uygulama Yolu	Süre / Hız	Gün

UYGULAMAYA İLİŞKİN DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR	Evet	Hayır	Açıklama
Uygulama sırasında özel pozisyon gerekiyor	☐	☐	
Mobilizasyon kısıtlaması var	☐	☐	
Aç karnına uygulanacak / tok karnına uygulanacak	☐	☐	
Vezikan ilaç var (damar yolu seçimine dikkat)	☐	☐	
Hidrasyon gerekiyor	☐	☐	
Doz azaltımı yapıldı (nedeni açıklamada belirtilir)	☐	☐	

Diğer Açıklamalar	

İstemi Yapan Hekim (imza / kaşe)	İstemi Kontrol Eden Eczacı / Hemşire
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Tarih / Saat:	Tarih / Saat:
İmza:	İmza:

Bu örnek doküman Prokalite tarafından hazırlanmıştır. Kurumunuzun yapısına, yürürlükteki mevzuata, Sağlık Bakanlığı rehberlerine ve güncel bilimsel kaynaklara göre uyarlanmalı; ilaç, doz ve süre bilgileri kurumun yetkili hekim ve eczacıları tarafından doğrulanmalıdır.