(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
KEMOTERAPİ UYGULAMA VE İZLEM FORMU

Doküman Kodu: KH.FR.003	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 2

HASTA BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		**Protokol No**	
Uygulama Tarihi		**Protokol / Kür No**	
Damar Yolu (periferik / port / SVK)		**Damar Yolu Yeri**	

UYGULAMA ÖNCESİ KONTROL	Evet	Hayır	Açıklama
Hasta kimliği iki tanımlayıcı ile doğrulandı	☐	☐	
Hekim muayenesi ve laboratuvar sonuçları kontrol edildi, uygulama onayı var	☐	☐	
Hekim istemi ile ilaç etiketleri çift kontrol ile karşılaştırıldı	☐	☐	
Onam formu dosyada	☐	☐	
Premedikasyon uygulandı	☐	☐	
Hasta yan etkiler ve haber vermesi gereken durumlar hakkında bilgilendirildi	☐	☐	
Ekstravazasyon ve dökülme kiti hazır	☐	☐	

UYGULANAN İLAÇLAR

İlaç Adı	Doz	Formu	Veriliş Yolu	Başlama Saati	Bitiş Saati	Uygulayan	Kontrol Eden

İZLEM

Saat	Tansiyon	Nabız	Ateş	Solunum	SpO_2	İnfüzyon Yeri	Açıklama

YAN ETKİ, KOMPLİKASYON VE YAPILAN GİRİŞİMLER

Saat	Gözlenen Durum	Yapılan Girişim	Haber Verilen Hekim	Sonuç

TABURCULUK	Evet	Hayır	Açıklama
Damar yolu çıkarıldı / port bakımı yapıldı	☐	☐	
Sonraki kür tarihi ve kontroller yazılı olarak verildi	☐	☐	
Evde kullanılacak ilaçlar anlatıldı	☐	☐	
Başvurulması gereken durumlar ve telefon numaraları hatırlatıldı	☐	☐	

Uygulayan Hemşire	Sorumlu Hekim
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.