BARKOD

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