(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
KEMOTERAPİ HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

HASTA BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		**Protokol No**	
Tanı		**Protokol / Kür No**	
Değerlendirme Tarihi		**Değerlendiren Hekim**	

GENEL DEĞERLENDİRME			
Öykü (son kürden bu yana yakınmalar)		**Fizik Muayene Bulguları**	
Performans Durumu (ECOG 0-4)		**Kilo (kg) / Son kürden farkı**	
Ateş / Nabız / Tansiyon / Solunum		**Ağrı Skoru (0-10)**	

LABORATUVAR SONUÇLARI

Test	Sonuç	Tarih	Test	Sonuç	Tarih
Lökosit			Kreatinin		
Nötrofil			AST / ALT		
Hemoglobin			Bilirubin		
Trombosit			Diğer		

BESLENME VE YAN ETKİ DEĞERLENDİRMESİ	Evet	Hayır	Açıklama
Beslenme taraması yapıldı (risk varsa diyetisyene yönlendirildi)	☐	☐	
Bulantı / kusma	☐	☐	
Mukozit / ağız yarası	☐	☐	
İshal / kabızlık	☐	☐	
Nöropati (uyuşma, karıncalanma)	☐	☐	
Halsizlik / yorgunluk	☐	☐	
Cilt ve tırnak değişiklikleri	☐	☐	
Febril nötropeni öyküsü	☐	☐	
Önceki kürlerde alerjik reaksiyon	☐	☐	

DAMAR YOLU VE VEZİKAN KONTROLÜ	Evet	Hayır	Açıklama
Periferik damar yolu uygun	☐	☐	
Santral venöz kateter / port var	☐	☐	
Port / kateter bölgesinde enfeksiyon belirtisi yok	☐	☐	
Kateterin işlevi (kan geri dönüşü) kontrol edildi	☐	☐	
Vezikan ilaç uygulanacak, damar yolu buna göre seçildi	☐	☐	
Önceki kürlerde ekstravazasyon öyküsü var	☐	☐	

KARAR

Tedavi planlandığı gibi uygulanabilir	Doz değişikliği yapıldı	Tedavi ertelendi	Açıklama
☐	☐	☐	

Değerlendiren Uzman Hekim	Değerlendiren 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.