(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
COVİD-19 TEDAVİSİNE YÖNELİK ADVERS REAKSİYON BİLDİRİM FORMU

Doküman Kodu: İY.FR.020	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Bu raporu e-posta ile .....@..... adresine veya

..... no'lu faksa gönderiniz.

Hasta Adı ve Soyadının Baş Harfleri Doğum Tarihi / Yaşı	**Cinsiyeti**
	☐ Erkek ☐ Kadın

Şüpheli İlacın Adı *(İşaretleyiniz)* **Doz İlaca Başlama Tarihi** *(gün/ay/yıl)*	**İlacın Bitiş Tarihi** *(gün/ay/yıl)*
☐ Oseltamivir	
☐ Hidroksiklorokin	
☐ Azitromisin	
☐ Favipravir	
☐ Lopinavir / Ritonavir	
☐ Tosilizumab	

Eş Zamanlı Kullanılan Diğer İlaçlar Veriliş Yolu Doz İlaca Başlama Tarihi *(gün/ay/yıl)*	**İlacın Bitiş Tarihi** *(gün/ay/yıl)*

Başladığı Tarih Bittiği Tarih Advers Reaksiyon *(gün/ay/yıl)* *(gün/ay/yıl)*	**Advers Reaksiyonun Sonucu**

☐ Alerji ☐ Diyabet ☐ Böbrek Hastalığı ☐ Karaciğer Hastalığı ☐ Akciğer Hastalığı
İlgili Tıbbi Öykü / Eş Zamanlı Hastalıklar

☐ Gebelik ☐ Hipertansiyon ☐ Kalp Hastalığı ☐ Diğer *(belirtiniz)*

Hastalık Detayı:

Advers Reaksiyonun Tedavisi

Yorum ve Diğer Gözlemler

Bildiren Kişiye Ait Bilgiler

Adresi:	Mobil Tel:
	E-Posta Adresi: