Özel Ekol Hastanesi

KAN ŞEKERİ VE DİYABET TAKİP FORMU

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.FR.21	01.01.2008	03	02.09.2024	1 / 1

Hastanın Adı Soyadı:
Yaşı:
Cinsiyeti:

Doktor Adı Soyadı:
Oda No:
Yattığı Servis:

TARİH	KAN ŞEKERİ			ANTİDİYABETİK TEDAVİSİ							Uygulama Saati	Uygulayan Hemşire	İnsülin Uygulama Bölgesi	Enjeksiyona Bağlı Komplikasyon
…../…./20..				İNSÜLİN				ORAL ANTİDİYABETİK						
SAAT	SONUÇ (mg/dl)	A=Açlık T=Tokluk	G=Glukometri L=Laboratuvar	ADI	DOZU (Ünite)	Uygulama Yol	Uygulama Bölgesi	ADI	DOZU (Ünite)	A=Açlık T=Tokluk				
													Abdominal Bölge (1)	Var ☐
														Var ☐
														Var ☐
														Var ☐
														Var ☐
													Femoral Bölge (2)	Var ☐
														Var ☐
														Var ☐
														Var ☐
														Var ☐
													Deltoid Bölge (3)	Var ☐
														Var ☐
														Var ☐
														Var ☐
														Var ☐
														Var ☐