İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
KİŞİSEL SAĞLIK BİLGİ FORMU

Adı-soyadı:			Birimi:		Röntgen		Yaşı:								
Kadın ise gebelik durumu:		Gebe	O	Beklenen D. T:											
Görevi:	Doktor	O	Hemşire	O	Rad. Tek.	O	Anestezi Tek.	O	Lab. Tek.	O	Memur	O	Yard. Pers.	O	Eczacı:
Kronik Hastalığı:	HT	O	DM	O	KOAH	O	İKH	O	KKY	O	KBY	O	Konjenital H.	O	Diğer:
Hastalığın Süresi:	1 yıldan az	O	1-3 yıl	O	3-5 yıl	O	5 yıldan fazla	O	Geçirilmiş op:				Varsa tarihi:		
Sürekli kullandığı ilaçlar:															

Hepatit aşısı:	Yapıldı	O	Doğal bağışık	O	Aşı istemiyor	O
1. Aşı	Tarih:					
2. Aşı	Tarih:					
3. Aşı	Tarih:					
1. yıl rapel:	Tarih:					

ELİSA	Tarih:	Pozitif	Negatif	Titre
Anti HBS				
HBsAg				
Anti HCV				
Anti HİV				

Allerjisi:	Var:…..	Yok	

TARİH	NOTLAR