



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ YAŞAM BULGULARI İZLEM FORMU

Hasta Adı Soyadı :

Servis/ Ünite:

Protokol No:

Yatak No:

Tarih	Saat	Ateş °C	Nabız dk	Solunum dk	Kan Basıncı mmHg	Ağrı Puanı	Bası Yarası Risk Puanı	Oral Mukoza Risk Puanı	Beslenme Risk Puanı		Hemşire Adı Soyadı

Boş sütuna servis/ünitede izlenen diğer parametreleri yazınız.

OE-KSS- PR-001 /FR-003
Rev No:00