

| Ay/Yıl: |  | ALLERJİK REAKSIYON GELİŞEN HASTA İNDİKATÖR FORMU             |            |                 |             |                          |      | Aylık Toplam KT Hasta Sayısı:                                |   |  |                       |
|---------|--|--|------------|-----------------|-------------|--------------------------|------|--|---|--|-----------------------|
|         |  | Bilinen Allerji Öyküsü                                       | Tıbbi Tanı | Aldığı Protokol | Kaçıncı Kür | Reaksiyon Yapan İlaç Adı | Dozu | İlaç Uygulama Öncesi Premedikasyon Uygulaması                | Reaksiyon Türü  | Reaksiyon Derecesi   | Uygulayan Hemşire     |
| 1.      | Hasta Adı- Soyadı :<br>Yaş:<br>Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> |            |                 |             |                          |      | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> | Hipersensitivite Reaksiyonu <input type="checkbox"/><br>Anafilaksi <input type="checkbox"/><br>Sitokin Salınımı Sendromu <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/> | Hemşirenin Adı Soyadı |
| 2.      | Hasta Adı- Soyadı :<br>Yaş:<br>Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> |            |                 |             |                          |      | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> | Hipersensitivite Reaksiyonu <input type="checkbox"/><br>Anafilaksi <input type="checkbox"/><br>Sitokin Salınımı Sendromu <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/> | Hemşirenin Adı Soyadı |
| 3.      | Hasta Adı- Soyadı :<br>Yaş:<br>Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> |            |                 |             |                          |      | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> | Hipersensitivite Reaksiyonu <input type="checkbox"/><br>Anafilaksi <input type="checkbox"/><br>Sitokin Salınımı Sendromu <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/> | Hemşirenin Adı Soyadı |
| 4.      | Hasta Adı- Soyadı :<br>Yaş:<br>Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> |            |                 |             |                          |      | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> | Hipersensitivite Reaksiyonu <input type="checkbox"/><br>Anafilaksi <input type="checkbox"/><br>Sitokin Salınımı Sendromu <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/> | Hemşirenin Adı Soyadı |
| 5.      | Hasta Adı- Soyadı :<br>Yaş:<br>Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> |            |                 |             |                          |      | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> | Hipersensitivite Reaksiyonu <input type="checkbox"/><br>Anafilaksi <input type="checkbox"/><br>Sitokin Salınımı Sendromu <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/> | Hemşirenin Adı Soyadı |
| 6.      | Hasta Adı- Soyadı :<br>Yaş:<br>Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> |            |                 |             |                          |      | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> | Hipersensitivite Reaksiyonu <input type="checkbox"/><br>Anafilaksi <input type="checkbox"/><br>Sitokin Salınımı Sendromu <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/> | Hemşirenin Adı Soyadı |
| 7.      | Hasta Adı- Soyadı :<br>Yaş:<br>Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> |            |                 |             |                          |      | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> | Hipersensitivite Reaksiyonu <input type="checkbox"/><br>Anafilaksi <input type="checkbox"/><br>Sitokin Salınımı Sendromu <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/> | Hemşirenin Adı Soyadı |
| 8.      | Hasta Adı- Soyadı :<br>Yaş:<br>Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> |            |                 |             |                          |      | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> | Hipersensitivite Reaksiyonu <input type="checkbox"/><br>Anafilaksi <input type="checkbox"/><br>Sitokin Salınımı Sendromu <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/> | Hemşirenin Adı Soyadı |
| 9.      | Hasta Adı- Soyadı :<br>Yaş:<br>Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> |            |                 |             |                          |      | Var <input type="checkbox"/><br>Yok <input type="checkbox"/> | Hipersensitivite Reaksiyonu <input type="checkbox"/><br>Anafilaksi <input type="checkbox"/><br>Sitokin Salınımı Sendromu <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/> | Hemşirenin Adı Soyadı |