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	Dışkılama Alışkanlığı		Hemşire Adı Soyadı

*** Boş sütuna servis/ünitede izlenen diğer parametreleri yazınız.**