Her kontrolde hastanızın; Kilo, PS (WHO), ağrı (0-10), muayene bulgularını, tetkik sonuçlarını, tedaviye bağlı yanıt durumunu, yan etkilerini ve kararınızı belirtip imzalayıp kaşeleyiniz.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
HASTA İZLEM FORMU

Hastanın
Adı Soyadı : .....
Protokol Numarası : .....
Doğum Tarihi : .....
Cinsiyeti : .....

BARKOD

Tarih:

PS (WHO): **Ağrı (0-10):** **Kilo:**

Şikayet: **Nütrisyonel Değerlendirme:**

Klinik Değerlendirme: **KT – RT / Kür / Gün:**

Sistemik Tedavi: **Lokal ve Sistemik Yan Etkiler:**

Radyoloji:

Plan/ Sonuç:

Dr. Kaşe/İmza

Tarih:

PS (WHO): **Ağrı (0-10):** **Kilo:**

Şikayet: **Nütrisyonel Değerlendirme:**

Klinik Değerlendirme: **KT – RT / Kür / Gün:**

Sistemik Tedavi: **Lokal ve Sistemik Yan Etkiler:**

Radyoloji:

Plan/ Sonuç:

Dr. Kaşe/İmza