|  |  |
| --- | --- |
| Hastanın Adı-Soyadı:……………..Ziyaret: | TC. Kimlik No:Tarih:…../…../…….. Saat:…../…… |
| Hastanın Sistemik Değerlendirmesi: |
| Vücut Sıcaklığı (C °):……… | Kan Basıncı ( mmHg):……./……. | Nabız:………/dk  | Solunum:……….. |
|  Ağrı Tanılaması □ 0, Yok □ 1 -2, Çok az □ 3-4, Biraz fazla □ 5-6, Çok □ 7-8, Fazla □ 9-10,  dayanılmaz |
| **Anemnez** |  **Var Yok** | **Açıklamalar** |
| Kronik Hastalığı |  □ □  |  |
| Geçirilmiş Hastalıklar/Ameliyatlar |  □ □ |  |
| Alerji Durumu |  □ □ |  |
| Hamilelik Durumu |  □ □ |  |
| Devamlı Kullanılan İlaç |  □ □ |  |
| Oral Hijyen Alışkanlığı |  □ □ |  |
| Bilinen Bulaşıcı Bir Hastalığı |  □ □ |  |
| Belirtmek İstediğiniz Başka bir hastalık |  □ □ |  |
| **Hekim Değerlendirmesi:** |
| Muayene: |
|   |  55 54 53 52 5118 17 16 15 14 13 12 11 |  61 62 63 64 65 21 22 23 24 25 26 27 28 |  |
| 48 47 46 45 44 43 42 41 85 84 83 82 81 |  31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75 |
| ADSM’ye Nakil İhtiyacı: □ Var □ YokVar ise Nedeni: | Konsültan Hekim Muayenesi İhtiyacı: □ Var □ YokVar ise Nedeni: |
| Bir Sonraki Randevu Tarihi:…../…../……/ Saati:…../…… |  | Oral Hijyen Eğitimi Verilmiştir. □ |  |
|  | Takiben yapılması gereken tedaviler: |  |
|  55 54 53 52 5118 17 16 15 14 13 12 11 | 61 62 63 64 6521 22 23 24 25 26 27 28 |
| 48 47 46 45 44 43 42 41 85 84 83 82 81 | 31 32 33 34 35 36 37 3871 72 73 74 75 |
|  | **İLAÇ UYGULAMALARI** |  |
| Uygulanan İlaç Adı |  | Dozu | Uygulama Yolu | Uygulama Zamanı ve süresi |  | Uygulamayı yapan sağlık Personeli Ad-Soyad-imza |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Ziyareti Yapan Diş Hekimi**Adı-Soyadı:İmza: Tarih:…../……/……. Saat: …../…. | **Ziyaret esnasında hazır bulunan yakını**Adı-Soyadı:İmza: Tarih:…../……/……. Saat: …../…. |