|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 51  18 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 □ Yok  Var ise Nedeni: | | | | | | | | | Konsültan Hekim Muayenesi İhtiyacı: □ Var □ Yok  Var ise Nedeni: | | | | | | | | | |
| Bir Sonraki Randevu Tarihi:…../…../……/ Saati:…../…… | | | | | | |  | | Oral Hijyen Eğitimi Verilmiştir. □ | | | | | | | | |  |
|  | Takiben yapılması gereken tedaviler: | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 55 54 53 52 51  18 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 | | | | |
|  | **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: …../…. | | | | | | | |