

**PLEVRAL İŞLEMLER İÇİN
HASTA KONTROL FORMU**

İsim:		
No:	Yaş:	Cins:

Endikasyon	
------------	--

Eşlik eden hastalıklar	
Kullandığı ilaçlar	
Kullandığı antikoagulan / antiagregan ilaçlar	

Hb:	BK:	Plt:
PT:	INR:	aPTT:
BUN:	Kre:	

Komplikasyon riskini artırabilecek durumlar	
Kontrendikasyon	

İşlem öncesi			
TA:	N:	SS:	%SpO ₂ :

Yazılı onam formu	
-------------------	--

Premedikasyon	
---------------	--

Komplikasyonlar	
-----------------	--

İşlemi yapan ekip	
-------------------	--