



DONÖR G-CSF UYGULAMA FORMU

Doküman No : TÜRKÖK F004	Revizyon No : 02	Sayfa: 1 / 1
Yayın Tarihi : 01.10.2015	Revizyon Tarihi : 10.04.2017	

DONÖR BİLGİLERİ		HÜCRESEL ÜRÜN TOPLAMA MERKEZİ	
TÜRKÖK Donör Numarası		Merkez Ünvanı	
Doğum Tarihi		Sorumlu Hekim (Tarih - Kaşe - İmza)	
G-CSF Bilgileri	Ticari Adı	Doz Ayarlaması	

DOZ UYGULAMA PROGRAMI

Uygulama Planı	Uygulanan Doz	Uygulama Şekli	Uygulama Tarih Ve Saati	Yan Etki ve Yapılan Tedavi	Uygulama Yapan Personel			TÜRKÖK Refakat Personeli	
					Adı Soyadı	Ünvanı	İmza	Adı Soyadı	İmza
1. GÜN	1.Doz	<input type="checkbox"/> Subkutan Enjeksiyon	... / ... / 20 ... : ...	Açıklayınız.					
	2.Doz	<input type="checkbox"/> Subkutan Enjeksiyon	... / ... / 20 ... : ...						
2. GÜN	3.Doz	<input type="checkbox"/> Subkutan Enjeksiyon	... / ... / 20 ... : ...						
	4.Doz	<input type="checkbox"/> Subkutan Enjeksiyon	... / ... / 20 ... : ...						
3. GÜN	5.Doz	<input type="checkbox"/> Subkutan Enjeksiyon	... / ... / 20 ... : ...						
	6.Doz	<input type="checkbox"/> Subkutan Enjeksiyon	... / ... / 20 ... : ...						
4. GÜN	7.Doz	<input type="checkbox"/> Subkutan Enjeksiyon	... / ... / 20 ... : ...						
	8.Doz	<input type="checkbox"/> Subkutan Enjeksiyon	... / ... / 20 ... : ...						
5. GÜN	9.Doz	<input type="checkbox"/> Subkutan Enjeksiyon	... / ... / 20 ... : ...						
	10.Doz	<input type="checkbox"/> Subkutan Enjeksiyon	... / ... / 20 ... : ...						
6. GÜN	11.Doz	<input type="checkbox"/> Subkutan Enjeksiyon	... / ... / 20 ... : ...						
	12.Doz	<input type="checkbox"/> Subkutan Enjeksiyon	... / ... / 20 ... : ...						

Diğer Notlar :

DİKKAT: Bu formu donöre refakat eden TÜRKÖK personeliyle beraber dokümanite ediniz. TÜRKÖK personeli olmadan uygulama yapmayınız !