

ANEMNEZ FORMU



KD.FR.10	24.07.2017	Rev00	Revizyon tarihi	1/1
Ad soyad:		Şikayeti		
Yaş:				
Telefon		Anjina()	Dispne()	Çarpıntı()
Yatış tarihi. Saat:		Baş dönmesi()		
Protokol no:		Senkop:()		
Yatıran doktor:		Hikayesi:		

Fizik muayene:
Kalp muayenesi:

Nabızlar:
Pretibial ödem:
Juguler ven:
Karotis Üfürümü:
Solunum değerlendirilmesi:

Batın muayenesi:
Norolojik muayene:
Ek Bulgular:

Özgeçmiş:
Soy geçmiş:

Kullandığı ilaçlar:	7)
1)	8)
2)	9)
3)	10)
4)	11)
5)	12)
6)	13)

KAH risk fakt: HT: ()	YAŞ: ()
DM: ()	CİNSİYET: ()
SİGARA: ()	OBEZİTE: ()
DL: ()	FİZİK AKT AZ: ()
AÖ: ()	SVO: ()
GEÇİRİLMİŞ MI: ()	KBY: ()
ANJİOGRAFİ: ()	PAH: ()

Ekg:	Eko:	Mps:	Anjio:	Eforlu ekg:
Diğer Bulgular :				
Dr.kaşe ve imza				