COVID-19 Advers Reaksiyon (İstenmeyen Etki) Takip Formu

Hastane Adı:		İl:	

Adı, Soyadı ve T.C. Kimlik No	COVID-19 Tanı Yöntemi *	Kullanılan Tedavi *(Kullanılan İlaçlar İçin Uygun Kutucuğu İşaretleyiniz)*						Advers Reaksiyon *(VAR ya da YOK olarak belirtiniz. Varsa ekteki formu doldurunuz.)*
		Oseltamivir	Hidroksiklorokin	Azitromisin	Favipravir	Lopinavir / Ritonavir	Diğer	
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok
								☐ Var ☐ Yok

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu uyarınca elektronik olarak imzalanmıştır. Doküman https://www.turkiye.gov.tr/saglik-titck-ebys adresinden kontrol edilebilir. Güvenli elektronik imza aslı ile aynıdır. Dokümanın doğrulama kodu : 1S3k0RG83ZW56YnUyZ1AxZmxXak1U

* PCR: 1 | Klinik Değerlendirme: 2 | Hızlı Test: 3