

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :IY-FR-09 Yayın Tarihi :04.11.2024
	ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ (EHU) ONAY FORMU	Revizyon No :00 Revizyon Tar:.... Sayfa No :1/1

Adı Soyadı:

Tarih:...../...../.....

Dosya No:

Bölümü:.....

Tanıları:

1).....

3).....

2).....

4).....

Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı kapsamındaki önerilen antibiyotik (dozu ve süresi)

1).....

2).....

3).....

4).....

Onaylayan

Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı

**EHU (Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı)*