

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

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