HG HOSPITAL Hayatınız Güvende	**DM TAKİP FORMU**	Doküman No	HB FR 30
		Yayın Tarihi	15.01.2025
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	1/1

HASTA ADI VE SOYADI:
DOĞUM TARİHİ:
PROTOKOL NUMARASI:
TEDAVİ GÖRDÜĞÜ BÖLÜM:
DOKTOR ADI VE SOYADI:

TARİH	07 AKŞ	İNSÜLİN	09 TKŞ	12 AKŞ	İNSÜLİN	14 TKŞ	İNSÜLİN	19 TKŞ	22 AKŞ	İNSÜLİN