|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**  **DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  KONSÜLTASYON FORMU | | | |  | |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO | |
| SHB.FR.06 | 01.11.2017 | - | - | 1/1 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **TARİH:** |  |
| **HASTANIN ADI SOYADI:** |  |
| **KONSÜLTASYON İSTEYEN BÖLÜM:** |  |
| Anabilim Dalımız kliniğinde ..................................T.C nolu ....................................................isimli hastadan alınan anamnez sonucunda;  Hastaya adrenalinli lokal anestezi kullanılarak bakteriyemiye sebep olabilecek kanamalı.................  diş tedavisi planlanmaktadır.  Bu nedenle, ilgili hastanın tedavisine engel teşkil eden bir durum olup olmadığının ve profilaksi yapılmasına ihtiyaç duyulup duyulmadığının tarafınızdan değerlendirilip, sonucun aşağıdaki forma yazılmasını arz/rica ederim. | |
| Dr: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TARİH:** |  |
| **KONSÜLTASYON İSTENEN BÖLÜM:** |  |
| **SONUÇ:** | |
| Dr: |  |