

**DARICA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  
**HEPATİT B AŞILAMA TAKİP FORMU**

SIRA NO	ADI SOYADI	ÜNVANI	1.DOZ(0.AY)	İMZA	2.DOZ(1.AY)	İMZA	3. DOZ (6.AY)	İMZA	RAPEL	İMZA
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

Fr: 03/37

Revizyon No:

Revizyon Tarihi:

Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

Başhemşire

Enf.Hast.Uzmanı