Demo Hastanesi
HASTA TAKİP LİSTESİ FORMU

Doküman Kodu: AD.FR.010	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Olay Adı:								**Dolduran Bölüm:**				
Hasta Kayıt No	**Tarih**	**Saat**	**Protokol No**	**Tc Kimlik No**	**AdıSoyadı/Eşgal**	**Cinsiyeti/Yaşı**		**Geliş Şekli (Ayaktan, Ambulans vb.)**	**İstenilen Tetkikler (USG, CT, Anjio vb.)**	**Ameliyata Sevk Saati**	**Yönlendirilen Bölüm**	**Sonuç ve Saati (Taburcu, Yatış, Sevk, Morg)**

Not: 1. Olay adı değiştiğinde Hasta Takip Listesi yeniden oluşturulacaktır.
2. Form Acil Servis, Ayaktan Tedavi Bölümü ve Morg tarafından doldurulacaktır.
3. Hasta Takip Listesi Morg Tarafında Doldurulduğunda sonuç kısmına ölüm nedeni yazılacaktır