



Doküman Kodu: AS.FR.030

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

SEVK EDİLEN KURUM	Hastanın Adı Soyadı:	SOSYAL GÜV.
Görüşülen yetkili:	Yaş: Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Emekli San.
Başvuru Tarih ve Saati:	Adres:	<input type="checkbox"/> S.S.K.
Sevk Edildiği Tarih ve Saat:		<input type="checkbox"/> Bağ-Kur
Protokol No.:		<input type="checkbox"/> Yeşil Kart
		<input type="checkbox"/> Özel Sigorta
		<input type="checkbox"/> Güvence Yok

SEVK ÖNCESİ MUAYENE BULGULARI							
Pupiller	Deri	Saat Kan Basıncı	Nabız	Solunum	MOTOR	VERBAL	GÖZ AÇMA
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Miyotik <input type="checkbox"/> Midriatik <input type="checkbox"/> Anizokori <input type="checkbox"/> Reak.Yok	<input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Hiperamik <input type="checkbox"/> Terli <input type="checkbox"/> İkterik/...../..... Spinal travma var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır/dk./dk. <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Aritmik <input type="checkbox"/> Filiform <input type="checkbox"/> Alınmıyor/dk./dk. <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Yok	(6) Emre İtaat (5) Kağrını lokalize etme (4) Ağrıdan Kaçınma (3) Fleksör Yanıt (2) Extansör Yanıt (1) Yanıt Yok	(5) Oriente (4) Konfüze (3) Uygunsuz sözler (2) Anlamsız bağırma (1) Yanıt yok	(4) Spontan (3) Sesle (2) Ağrıyla (1) Yanıt yok
							G.K.S. PUANI:

SEVK ÖNCESİ HASTANEDE SAPTANAN BULGULAR	YAPILAN TETKİK VE TEDAVİLER
ÖN TANI:	

SEVK BİLGİLERİ			
Sevk Nedeni:	İlk Muayene Eden Doktor	Adı Soyadı	İmza
	Sevk Eden Uzman		

NAKİL SIRASINDAKİ UYGULAMALAR				
TESBİT	HAVA YOLU	DOLAŞIM	SIVI VE İLAÇLAR	VERİLİŞ YOLU/DOZU
<input type="checkbox"/> Servical collar <input type="checkbox"/> Traksiyon <input type="checkbox"/> Atel <input type="checkbox"/> Sırt Tahtası <input type="checkbox"/> Emniyet Kemer <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aspirasyon <input type="checkbox"/> Orofaringal Tüp <input type="checkbox"/> Oksijen <input type="checkbox"/> Entübasyon <input type="checkbox"/> Eplon-Voll-Maske <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> Monitorizasyon <input type="checkbox"/> Kanama Kontrolü <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Hastayı Teslim Alan Personelin Adı, Soyadı, Ünvanı:

İmza:

Protokol No.:

Tarih:

Saat:

SEVK EDİLEN HASTANENİN HASTAYI REDDİ:.....

Nedenlerle hastayı hastanemize kabul etmiyorum. Hastanın başka hastaneye nakli için gerekli stabilizasyonu sağladım.Şu an durumu başka bir kuruma nakli için uygundur.

Kurumun Adı: Saat:**Doktorun Adı Soyadı: Kaşe/İmza:**

	AMBULANS PERSONELİ	DOKTOR	YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİ	SÜRÜCÜ	SIRA NO
Adı-Soyadı					
İmza					