Demo Hastanesi
ACİL SERVİS MUAYENE FORMU

Doküman Kodu: AS.FR.001	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 2

MÜŞAHEDEYE GİRİŞ SAATİ:

TEDAVİ ORDER ALANI		HEMŞİRELİK TEDAVİ UYGULAMA ALANI		
İLAÇ (İlacın adı-dozu-birimi-uygulama sıklığı-veriliş yolu-süresi)	DOKTOR KAŞE	İLAÇ (İlacın adı-dozu-birimi-uygulama sıklığı-veriliş yolu-süresi)	Uyg. Saati	HEMŞİRE PARAF
1)		1)		
2)		2)		
3)		3)		
4)		4)		
5)		5)		
6)		6)		
7)		7)		
8)		8)		
9)		9)		
10)		10)		
11)		11)		
12)		12)		
13)		13)		
14)		14)		
15)		15)		

DOKTOR ÖNERİLERİ / DEVİR NOTU

HEMŞİRE DEVİR NOTU

HASTA VİTAL BULGULARI TAKİP ALANI

Saat	Kan Basıncı mmHg	SS /dk	Nabız /dk	Ateş °C	Satür. %	Kan şekeri	Hemşire Paraf

MÜŞAHADEDEN ÇIKIŞ TARİH-SAATİ :

Önerilen tedaviyi kabul etmeyen hastaların aşağıdaki alanı okuyarak doldurmaları gerekmektedir.

. .....tarihinde başvuru yaptığım acil serviste Dr. .....tarafından yapılan değerlendirme ve tetkikler neticesinde hastalığımın ..... olduğu ve ne yapılması gerektiği hususu doktorum tarafından bana (yakınıma) detaylıca anlatıldı. Önerilere uyulmaması durumunda meydana gelebilecek tüm riskler hakkında detaylı olarak bilgilendirildim (yakınım bilgilendirildi).
Buna rağmen ilgili doktorun tavsiyelerine aykırı olarak ÖNERİLEN TETKİKLERİ veya TEDAVİLERİ REDDEDİYORUM / HASTANENİZDEN KENDİ RIZAMLA ÇIKIYORUM veya (HASTAMI ÇIKARIYORUM).
Ortaya çıkabilecek tüm olumsuzluklardan tarafımın sorumlu olacağını bildiririm.

SONUÇ

- Taburcu ( )
- Poliklinik önerildi ( )
- Yatış ( )
- Sevk ( )
- İzinsiz Terk ( )
- Tedaviyi Red ( )
- Eksitus ( )

Hastanın / Yakınının Adı Soyadı : İmza : Tarih	Doktorun Adı Soyadı : İmza : Tarih	HASTANEDEN ÇIKIŞ SAATİ ...../.....