



Doküman Kodu: HB.FR.025

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 2

Hasta Adı Soyadı		Tanı:	
Kan Grubu:		Transfer Nedeni:	

Transfer Edileceği Klinik / Ameliyathane:

Klinikten / Ameliyathaneden Ayrıldığı Tarih/Saat

...../...../.....

Kliniğe / Ameliyathaneye Kabul Edildiği Tarih/Saat

...../...../.....

TRANSFER NOTLARI

VİTAL BULGULAR	Ates:	Tansiyon:	BİLİNÇ DURUMU	<input type="checkbox"/> Açık
Saat:	Nabız:	Solunum:	Saat:	<input type="checkbox"/> Konfüze
				<input type="checkbox"/> Kapalı

Alerjileri: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Kronik Hastalıkları: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Bulasıcı Hastalık: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	İşitme Bozukluğu: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Görme Bozukluğu: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	

Bu bölümü KADIN DOĞUM SERVİSİ dolduracaktır.

Gestasyon Yaşı:	Bebeğin Kilosu:
Doğum Şekli:	Anne Kan Grubu:
Cinsiyet:	

İNVAZİV GİRİŞİMLER	TAKILIŞ TARİHİ		
	YOK:		
	IV KATATER:		
	SANTRAL KATATER:		
	GÖĞÜS TÜPÜ:		
	DREN:		
	NAZOGASTRİK TÜP:		
	ÜRİNER KATATER:		
DİĞER:			

HASTAYA BİRİMDE UYGULANAN TEDAVİLER	İLAC	DOZU	SAATİ

DEVAM ETMEKTE OLAN PERFÜZYON VE TEDAVİLER			

HASTA İLE VERİLEN EKİPMAN/EŞYA	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	ADI	Geri İadeli
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

TESLİM EDİLEN EVRAK	<input type="checkbox"/> Hasta Dosyası sureti <input type="checkbox"/> Epikriz <input type="checkbox"/> Tetkikler <input type="checkbox"/> Adli Vaka Formu <input type="checkbox"/> Diğer
---------------------	---

EKLENMEK İSTENEN / DİKKAT EDİLECEK KONULAR	
--	--

Hastayı Teslim Eden Sağlık Personeli	Hastayı Teslim Alan Sağlık Personeli
--------------------------------------	--------------------------------------



tarafından doldurularak kullanılır