



Doküman Kodu: AS.FR.028

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

* Bu bölüm sevk eden doktor tarafından
doldurulacaktır.

HASTA KİMLİK BİLGİLERİ:

TARİH:/...../20..

Adı Soyadı		Tc.Kimlik No	
Cinsiyeti	Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>	Uyruğu	AFAD NO:
Doğum Tarihi /Yaşı / Ay		S. Güvence	PASAPORT NO:

VİTAL BULGULAR:

Bilinç		Kan Basıncı	
GKS		Nabız Sayısı	
Solunum		Ateş	
Genel Durumu	İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/>		

TANI: (ICD10 KODU + AÇIK TANI)**MUAYENE VE TETKİK BULGULARI:**

Hb:	Htc:	Plt:	Bulaşıcı Hastalık ? <input type="checkbox"/> Varsa Açıklama:
Boy:	Kilo:	Bel Çevresi:	Hastane Enfeksiyonu ? : <input type="checkbox"/>
		iki omuz arası mesafe:	

SEVK NEDENİ:

Sevk Nedeni ile İlgili Açıklama (Doldurulması zorunludur):

NAKİL ESNASINDA HAVA VE KARA AMBULANSINDA BULUNMASI İSTENEN EKİPMAN:

<input type="checkbox"/> Monitör	<input type="checkbox"/> Enjeksiyon Pompası (...Adet)	İlaç İsmi:
<input type="checkbox"/> Beslenme		
<input type="checkbox"/> Kuvöz	<input type="checkbox"/> İnfüzyon Pompası (...Adet)	İlaç İsmi:

NAKİL SIRASINDA YAPILMASI İSTENEN MEDİKAL İŞLEMLER:

<input type="checkbox"/> Solunum:	<input type="checkbox"/> MV:
<input type="checkbox"/> Oksijen İhtiyacı:	M.Ventilatör Ayarları:
<input type="checkbox"/> Diğer (Trakeostomi +CPAP)+Vb:	(Nakli yapıcak olan ekibe, sevk eden Dr.tarafından detaylıca yazılıp verilmelidir.)

AİLE ONAMI: Hastanın tıbbi durumu ve hava-kara ambulansla nakli sırasındaki riskler hakkında bilgilendirildim. Hasta / hasta yakını olarak, hava-kara ambulansı ile refakatsiz olarak nakli kabul ediyorum.

HASTA YAKINI:**İmza:**

AdıSoyadı	Telefon No	
Yakınlığı		

HASTANIN KABUL BİLGİLERİ: Gündüz mesai saatleri içerisinde (08:00-17:00) 24 saat süresince Hastayı kabul eden hastane, hastadan önce refakatçisinin gelmesini talep ediyormu?**HASTAYI SEVK EDEN:****Kaşe/İmza**

Hekim Adı Soyadı		
Hastane Adı / Bölüm		
İletişim Numarası		

Bu bölüm hastanın sevk eden il KKM doktoru tarafından doldurulacaktır.

Sevk Eden İl KKM Dr.**HASTAYI KABUL EDEN:****İmza**

Hekim Adı Soyadı		
Hastane Adı / Bölüm		
İletişim Numarası		

*Formun eksiksiz doldurulması ve nakil bilgilerinin doğruluğundan, İl 112 Komuta Kontrol Merkezi sorumludur.

**Hasta Tıbbi Bilgilerinin doğruluğundan sevk eden hekim sorumludur.

***Eksik formlar işleme konulmayacaktır.

« Hastanın uçuşuna engel olabilecek kontraendike durumlar olmasına rağmen imzalanan formlarda, hastayı sevk doktor sorumludur.