



Doküman Kodu: AS.FR.022

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

<b>Nakli Talep Eden Kurum:</b>			<b>Tarih: .. /.. /20..</b>	<b>Saat:</b>	
<b>Hasta Kimlik Bilgileri</b>					
<b>Adı, Soyadı:</b>				<b>Cinsiyet:</b>	
<b>TC Kimlik No:</b>				<b>Yaşı:</b>	
<b>Sosyal Güvencesi</b>				<b>Protokol No</b>	
[ ] Hasta ve Yakını Bilgilendirildi.				<b>Ad Soyad-İmza</b>	
<b>Hasta Klinik Bilgileri</b>			<b>Adli Vaka</b>	[ ] Evet	[ ] Hayır
<b>Vital Bulgular</b>	Kan Basıncı:		Ateş:		
	Nabız:		Solunum:		
	Bilinç		GKS:		
	Saturasyon %		<b>Entübe</b>	[ ] Evet	[ ] Hayır
Patolojik Muayene Bilgileri:					
Tetkik Bilgileri:					
Yapılan Medikal İşlemler:					
Ön tanı (ICD 10 Kodu) ve Vaka Triaj Kodu					
Sevk Nedeni:					
[ ] Ventilatör İhtiyacı			[ ] Replantasyon		
[ ] Yoğun Bakım İhtiyacı..... (belirtiniz)			[ ] Yanık		
[ ] Uzman Olmaması..... (belirtiniz)			[ ] İleri tetkik ve tedavi İhtiyacı		
[ ] Ekipman Eksikliği..... (belirtiniz)			[ ] Yer Yokluğu		
[ ] Diğer (belirtiniz.)					
Nakil Bilgileri: (işaretleyiniz.)		[ ] Havayolu	[ ] Karayolu	[ ] Obez Ambulans	
Helikopter ambulans sevkleri gün içinde yapılmakta olup Hava Ambulans Sevk Talep Formunu da gönderiniz.					
<b>AÇIKLAMALAR:</b>					
Transport sırasında gereksinimler:					
[ ] Küvöz			[ ] Ventilatör / İnfüzyon Pompası		
[ ] Diğer.....			[ ] Monitorizasyon		
Sevk Eden Hekim			Sevki Kabul Eden Hekim		
Ad- Soyad (İmza Kaşe)				Ad- Soyad (İmza Kaşe)	
Sabit ve Cep Tel. No:				Kurum	
Kurum Telefon No:				Telefon	
Nöbetçi İdari Uzman (İmza-Kaşe)					
*Bu form eksiksiz doldurularak KKM(Komuta Kontrol Merkezi'ne) faks ile gönderilecektir. Fax:233 26					
*Bu form KKM ye ulaştırılmadıkça nakil prosedürü başlamayacaktır. Tel: 112 39					
*Formun KKM ye ulaşip ulaşmadığı telefonla mutlaka teyit edilecektir. E-posta: .....					
*Eksik formlar işleme konulmayacaktır.					
*Hasta tıbbi bilgilerinin doğruluğundan sevk eden hekim sorumludur.					