(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
HASTA TRANSFER FORMU

Doküman Kodu: HB.FR.024	Yayın Tarihi: 28.11.2026	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**	☐ Açık
			Saat:	☐ Konfüze
Saat:	**Nabız:**	**Solunum:**		☐ Kapalı

Alerjileri: ☐ Yok ☐ Var .....
Bulasıcı Hastalık: ☐ Yok ☐ Var .....
Görme Bozukluğu: ☐ Yok ☐ Var .....
Kronik Hastalıkları: ☐ Yok ☐ Var .....
İşitme Bozukluğu: ☐ Yok ☐ Var .....

Bu bölümü KADIN DOĞUM SERVİSİ dolduracaktır.

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

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

	İLAÇ	**DOZU**	**SAATİ**
HASTAYA BİRİMDE UYGULANAN TEDAVİLER			
DEVAM ETMEKTE OLAN PERFÜZYON VE TEDAVİLER			

HASTA İLE VERİLEN EKİPMAN/EŞYA	☐ Yok	☐ Var	**ADI**	**Geri İadeli**
				☐
				☐
				☐

TESLİM EDİLEN EVRAK	☐ Hasta Dosyası sureti ☐ Epikriz ☐ Tetkikler ☐ Adli Vaka Formu ☐ Diğer .....
EKLENMEK İSTENEN / DİKKAT EDİLECEK KONULAR	

Hastayı Teslim Eden Sağlık Personeli	**Hastayı Teslim Alan Sağlık Personeli**

NOT: 1. Bu form kurum içi ve ek binalar arası hasta transferlerinde ve Acil Servisten Kliniklere hasta transferlerinde ilgili Sağlık Personeli

tarafından doldurularak kullanılır