(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
HASTANELER ARASI HASTA NAKİL TALEP FORMU

Doküman Kodu: ASH.FR.025	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Nakli Talep Eden Kurum:				**Tarih: .. /.. /20..**	**Saat:**
Hasta Kimlik Bilgileri					
Adı, Soyadı:				**Cinsiyet:**	
TC Kimlik No:				**Yaşı:**	
Sosyal Güvencesi				**Protokol No**	
[ ] Hasta ve Yakını Bilgilendirildi.				**Ad Soyad-İmza**	
Hasta Klinik Bilgileri			**Adli Vaka**	**[ ] Evet**	**[ ] Hayır**
Vital Bulgular	Kan Basıncı:		Ateş:		
	Nabız:		Solunum:		
	Bilinç		GKS:		
	Saturasyon %		**Entübe**	**[ ] 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.					
AÇIKLAMALAR:					
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. Tel: 112 Fax:233 26 39
*Bu form KKM ye ulaştırılmadıkça nakil prosedürü başlamayacaktır. E-posta: .....
*Formun KKM ye ulaşıp ulaşmadığı telefonla mutlaka teyit edilecektir.
*Eksik formlar işleme konulmayacaktır.
*Hasta tıbbi bilgilerinin doğruluğundan sevk eden hekim sorumludur.