(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
HAVA AMBULANSI NAKİL TALEP FORMU

Doküman Kodu: ASH.FR.031	Yayın Tarihi: 28.11.2026	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 [] Kadın []	Uyruğu		AFAD NO:	
Doğum Tarihi /Yaşı / Ay		S. Güvence		PASAPORT NO:	
VİTAL BULGULAR:					
Bilinç		Kan Basıncı			
GKS		Nabız Sayısı			
Solunum		Ateş			
Genel Durumu	İyi [] Orta [] Kötü []				
TANI:	**(ICD10 KODU + AÇIK TANI)**				

MUAYENE VE TETKİK BULGULARI:

Hb:	Htc:	Plt:	**Bulaşıcı Hastalık ? [] Varsa Açıklama:**
		Obez ise; **Bel Çevresi:**	**Hastane Enfeksiyonu ?: []**
Boy:	Kilo:	**İki omuz arası mesafe:**	

SEVK NEDENİ:

Sevk Nedeni ile İlgili Açıklama (**Doldurulması zorunludur**):

NAKİL ESNASINDA HAVA VE KARA AMBULANSINDA BULUNMASI İSTENEN EKİPMAN:

[] Monitör	[] Enjeksiyon Pompası (...Adet)	İlaç İsmi:
[] Beslenme		
[] Kuvöz	[] İnfüzyon Pompası (...Adet)	İlaç İsmi:

NAKİL SIRASINDA YAPILMASI İSTENEN MEDİKAL İŞLEMLER:

[] Solunum:	[] MV:
[] Oksijen İhtiyacı:	M.Ventilatör Ayarları:
[] Diğer (Trakeastomi +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.

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