

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.FR.01	01.01.2017	----	0	1 / 1

HASTA BİLGİLERİ

TC Kimlik No:	YAŞ	TARİH	Sıra No:
ADI SOYADI:	CİNSİYET	SAAT	
ÖZGEÇMİŞ <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KAH <input type="checkbox"/> KKY <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> SVH <input type="checkbox"/> DİĞER			
ÖN TANI:	TANI:		
ADLİ VAKA: <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR	ADLİ RAPOR DÜZENLENDİ Mİ? <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR		
Şikayet/Hikaye			

Doktor Tarafından Doldurulacak Bölüm	Hemşire Tarafından Doldurulacak bölüm		
Fiziki Muayene	TANSİYON	NABİZ	ATEŞ
İstenen Laboratuvar Tetkikleri	Tedavi:		Uygulayan
İstenen Radyolojik Tetkikleri			Saat
Doktor Orderi	TANSİYON	NABİZ	ATEŞ
	Tedavi:		Uygulayan
			Saat
	TANSİYON	NABİZ	ATEŞ
	Tedavi:		Uygulayan
			Saat

Kaşe/İmza**Konsültan Hekim Çağrılmış İse**

Konsültan Hekim Çağırılma Saati:

Konsültan Hekim Geliş Saati:

Konsültan Uzman Hekim Önerileri**Kaşe/İmza**

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Genel Muayene | <input type="checkbox"/> Reçete Verildi | <input type="checkbox"/> Önerilerde Bulunuldu | <input type="checkbox"/> Yatış Yapıldı |
| <input type="checkbox"/> Rapor Verildi | <input type="checkbox"/> Hastane İçi Sevk | <input type="checkbox"/> Hastane Dışı Sevk | <input type="checkbox"/> Hasta EX |
| <input type="checkbox"/> Hasta Muayene/Tedavi Kabul Etmedi | | | |

BU FORM HASTANEDE KALACAKTIR. Adli Vakalara ait formlar Ayrıca dosyalarak her ay sonunda Arşive verilecektir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.FR.01	01.01.2017	----	0	1 / 2

Hasta Adı : Soyadı : T.C No : D. Tarihi : Cinsiyet : Tarih-Saat:	Geliş Şekli <input type="checkbox"/> Kendi İmkânı ile <input type="checkbox"/> Ambulans <input type="checkbox"/> Travma <input type="checkbox"/> Darp <input type="checkbox"/> Trafik Kazası <input type="checkbox"/> Yanık <input type="checkbox"/> Düşme <input type="checkbox"/> Diğer	<input checked="" type="radio"/> Yeşil Alan <input type="radio"/> Sarı Alan <input type="radio"/> Kırmızı Alan
---	--	---

Şikayet / Hikaye:

ÖZGEÇMİŞ

ADLİ VAKA: <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR	ADLİ RAPOR DÜZENLENDİ Mİ? <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
AMELİYAT: <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK	GEBELİK: <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK
ALERJİ: <input type="checkbox"/> VAR ➔ İLAÇ ➔ BESİN ➔ DİĞER <input type="checkbox"/> YOK	
ÖZGEÇMİŞ <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KAH <input type="checkbox"/> KKY <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> SVH <input type="checkbox"/> DİĞER	

SİSTEM DEĞERLENDİRİLMESİ

1.GENEL	2.SOLUNUM SİS.	3.KVS	4.GİS	5.GÜS	6.NÖROLOJİ

FİZİK MUAYENE

BAŞ-BOYUN	ABDOMEN			
SOLUNUM SİS.	EXTREMİTE			
KVS	NÖROLOJİ			
ÖN TANI:	TANI:			
GENEL DURUM: <input type="checkbox"/> İYİ <input type="checkbox"/> ORTA <input type="checkbox"/> KÖTÜ	BİLİNÇ: <input type="checkbox"/> AÇIK <input type="checkbox"/> KAPALI			
➔ TA: / mmHg	➔ Nabız: /dk	➔ Sol Say: / dk	➔ Sıcaklık: °C	➔ SPO2: %

SAAT	UYGULANACAK TEDAVİ	DOZU	VERİLİŞ SÜRESİ	UYGULAMA ŞEKLİ

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAS.FR.01	01.01.2017	----	0	2 / 2

İstenen Laboratuvar Tetkikleri

İstenen Radyolojik Tetkikleri

Konsültasyon

Dr.Çağrı Saati

Dr.Geliş Saati

Kaşe / İmza

YAŞAM BULGULARI						MÜŞAHADE GİRİŞ SAATİ/.....	MÜŞAHADE ÇIKIŞ SAATİ/.....
SAAT	TA	NABİZ	ATEŞ	SPO2	KAN ŞEKERİ	UYGULAMA TEDAVİ	DOZU	UYGULAMA YOLU	HEMŞİRE

GLASKOW KOMA SKALASI (GKS):**GÖZ AÇMA**

E4	SPONTAN AÇIK
E3	SÖZ İLE AÇAR
E2	AĞRI İLE AÇAR
E1	YANIT YOK

SESLİ UYARAN

V1	ANLAMLI SÖZLER
V2	KONFÜZE ANLAMLI
V3	ANLAMSIZ SÖZ
V4	ANLAMSIZ SES
V5	YANIT YOK

GÖZ AÇMA

M6	EMİRLERE UYAR
M5	AĞRIYI LOKALİZE EDER
M4	AĞRI İLE ÇEKER
M3	AĞRI İLE FLEKSİYON
M2	AĞRI İLE EKSTANSİYON
M1	YANIT YOK

- Genel Muayene
- Reçete Verildi
- Rapor Verildi
- Yatış Yapıldı
- Önerilerde Bulunuldu
- Hastane İçi Sevk
- Hastane Dışı Sevk
- Hasta EX
- Hasta Muayene/Tedavi Kabul Etmedi

Acil serviste yapılacak bütün tedavi ve cerrahi girişimleri kabul ediyorum.
(İM / İV / Subkutan / Pansuman / Suturesyon / Mesane Sonda Uygulaması /
Nazogastrik Sonda / Atel / Röntgen vb)

Doktorum bütün riskleri bana anlattı. Bütün sorumluluğu üstüme alarak ve kabul ederek hastamı veya (kendimi) kendi isteğim ile acil servisten çıkarıyorum.

Hasta Yakını

Hasta

Hasta Yakını

Hasta

HEMŞİRE

TESLİM EDEN
ADI – SOYADI
TARİH
SAAT
İMZA

DOKTOR

TESLİM EDEN
ADI – SOYADI
TARİH
SAAT
İMZA

BU FORM HASTANEDE KALACAKTIR. Adli Vakalara ait formlar Ayrıca dosyalararak her ay sonunda Arşive verilecektir.