

<b>KOD</b> SHB.FR.07	<b>YAYINTARİHİ</b> 01.01.2017	<b>REVİZYON TARİHİ</b> ----	<b>REVİZYON NO</b> 0	<b>SAYFA NO</b> 1 / 1
-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------	--------------------------

Hasta Adı Soyadı	Yattığı Servis
Doğum Tarihi	Yatış Tarihi : ..... / ..... / .....
Tanı	Transfer Nedeni
Protokol No	Transfer Eden Doktor
Kan Grubu	

**Transfer Edileceği Klinik / Ameliyathane:**

Klinikten / Ameliyathaneden Ayrıldığı Tarih / Saat ..... / ..... / ..... - .....:.....	Kliniğe / Ameliyathaneye Kabul Edildiği Tarih / Saat ..... / ..... / ..... - .....:.....
---	---

Hastayı Teslim Eden Personelin Adı – Soyadı : İmzası :	Hastayı Teslim Alan Personelin Adı – Soyadı : İmzası :
--	--

**TRANSFER NOTLARI**

<b>VİTAL BULGULAR</b> Saat : ..... / .....	<b>Ateş</b> : .....	<b>Tansiyon</b> : ..... / .....	<b>Nabız</b> : .....	<b>Solunum</b> : .....	<b>Spo2</b> : .....
--	---------------------	---------------------------------	----------------------	------------------------	---------------------

Alerjileri : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	İsiteme Bozukluğu : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<b>BİLİNÇ DURUMU</b> Saat : ..... / .....	<input type="checkbox"/> Açık
Kronik Hastalıkları : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Görme Bozukluğu : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		<input type="checkbox"/> Konfüze
Bulaşıcı Hastalık : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Düşme Riski : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		<input type="checkbox"/> Kapalı

**Bu bölümü SEZERYAN SERVİSLERİ dolduracaktır.**

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

<b>İNVAZİV GİRİŞİMLER</b>	<b>TAKILIŞ TARİHİ</b>		
	<b>YOK</b> :		
	<b>IV KATATER</b> :		
	<b>SANTRAL KATATER</b> :		
	<b>GÖĞÜS TÜPÜ</b> :		
	<b>DREN</b> :		
	<b>NAZOGASTRİK TÜP</b> :		
	<b>ÜRİNER KATATER</b> :		
<b>DiĞER</b> :			

<b>HASTAYA BİRİMDE UYGULANAN TEDAVİLER</b>	<b>İLAC</b>	<b>DOZU</b>	<b>SAATİ</b>

<b>DEVAM ETMEKTE OLAN PERFÜZYON VE TEDAVİLER</b>			

<b>HASTA İLE VERİLEN EKİPMAN / EŞYA</b>	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var →	<b>ADI</b>	<b>Geri İadeli</b>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

<b>TESLİM EDİLEN EVRAK</b>	<input type="checkbox"/> Hasta Dosyası sureti	<input type="checkbox"/> Epikriz	<input type="checkbox"/> Tetkikler	<input type="checkbox"/> Adli Vaka Formu	<input type="checkbox"/> Diğer.....
----------------------------	---	----------------------------------	------------------------------------	--	-------------------------------------

<b>EKLENMEK İSTENEN / DİKKAT EDİLECEK KONULAR</b>	
---	--

Klinikten / Ameliyathaneden Ayrıldığı Tarih / Saat ..... / ..... / ..... - .....:.....	Kliniğe / Ameliyathaneye Kabul Edildiği Tarih / Saat ..... / ..... / ..... - .....:.....
---	---

<b>Hastayı Teslim Eden Personelin</b> Adı – Soyadı : İmzası :	<b>Hastayı Teslim Alan Personelin</b> Adı – Soyadı : İmzası :
---	---

**NOT:1.**Bu Form Kurum İçi Hasta Transferlerinde Ve Acil Ünitesinden Kliniklere Hasta Transferlerinde İlgili Sağlık Personeli Tarafından Doldurularak Kullanılır.  
**2.**Bu Form 2 Nüsha ( Fotokopili ) Doldurulur. 1. Nüsha Hasta İle Beraber Transfer Edilen Yere Verilir, 2. Nüsha İse Hastanın Kendi Kliniğinde Saklanır.