

	<b>Özel Ekol Hastanesi</b> AMELİYATHANEYE HASTA TESLİM VE TRANSFER FORMU			
Doküman No AH.FR.06	Yayın Tarihi 07.01.2025	Revizyon No 00	Revizyon Tarihi -	Sayfa No 1 / 1

Hasta Adı Soyadı:	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> KADIN <input type="checkbox"/> ERKEK
Doğum Tarihi: ..... / ..... / .....	Servisi: .....
Protokol No:	Teslim Tarihi / Saat: ..... / ..... / 20.... -

Not: Bu Alana barkod yapıştırılabilir.

Ameliyat Öncesi Tanı:.....

İlaç Alerjisi:  Var  Yok .....

Kan Grubu: (laboratuvar sonucuna göre)

Rezerve Kan Ürünü :  Var  Yok .....

Antikoagulan İlaç Kullanımı:  Var  Yok .....

İzolasyon Varlığı:  Var  Yok .....

**VİTAL BULGULAR**

Ateş:	Nabız:	Tansiyon:	Solunum Sayısı:	Kan Şekeri:
-------	--------	-----------	-----------------	-------------

<b>SERVİS FAALİYETLERİ</b>		+/-	Kontrol Eden
Hastaya ameliyat öncesi eğitim verildi.			
Hastanın cerrahi onam belgesi kontrol edildi.			
Hasta yeterli süre aç bırakıldı.			
Cerrahi taraf işareti kontrol edildi.			
Hastanın protezi,kalp pili var mı; ..... takma dişleri, takıları vb. çıkartıldı.			
Hastaya ameliyat önlüğü giydirildi.			
Doktor istemine göre premedikasyon yapıldı. (.....)			
Doktor istemine göre profilaktif tedavi yapıldı. (.....)			
Doktor istemine göre hidrasyon tedavisi yapıldı. (verilen miktar.....)			
Hasta dosyası (görüntüleme ve tetkik sonuçları ile); katater, ilaç vb. teslim edildi.			

**Belirtilmesi Gereken Özel Bir Durum**

Teslim Eden/ İmza	Teslim Alan/ İmza
-------------------	-------------------

<b>AMELİYATHANEDEN UYANDIRMA ODASINA TESLİM</b>		Kontrol Eden
Hastanın damar yolu <input type="checkbox"/> AÇIK <input type="checkbox"/> YOK	Ameliyattan çıkış saati: .....:.....	
Hastanın bilinci <input type="checkbox"/> AÇIK <input type="checkbox"/> KAPALI	İdrar Sondası <input type="checkbox"/> TAKILI <input type="checkbox"/> DEĞİL	
O <sub>2</sub> Saturasyonu <input type="checkbox"/>	Dreni <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK	

Varsa önemli not:

Teslim Eden/ İmza	Teslim Alan/ İmza
-------------------	-------------------

<b>UYANDIRMA ODASINDAN SERVİSE TESLİM</b>		Kontrol Eden
Ameliyat sonrası hasta uyandı. <input type="checkbox"/>		
Bilinci <input type="checkbox"/> AÇIK <input type="checkbox"/> KAPALI	Solunum <input type="checkbox"/> DÜZENLİ <input type="checkbox"/> DÜZENSİZ	
Dreni <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK	İdrar Sondası <input type="checkbox"/> TAKILI <input type="checkbox"/> DEĞİL İdrar çıkışı <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Damar yolu <input type="checkbox"/> AÇIK <input type="checkbox"/> YOK	Ağrı kesici <input type="checkbox"/> YAPILDI (.....) <input type="checkbox"/> YAPILMADI	

**VİTAL BULGULAR**

Tansiyon:.....	Nabız:.....	Solunum Sayısı:.....	Teslim Saati: .....
----------------	-------------	----------------------	---------------------

Teslim Eden/ İmza	Teslim Alan/ İmza
-------------------	-------------------