



Özel EKOL HASTANESİ

ACİL SERVİS HASTA TRİAJ VE GÖZLEM FORMU



TRİAJ BİLGİLERİ					Başvuru Tarihi:
<input type="checkbox"/> YEŞİL	<input type="checkbox"/> SARI	<input type="checkbox"/> KIRMIZI	<input type="checkbox"/> SİYAH		<i>Hastaya ait barkod yapıştırınız.</i>
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Adli Vaka	<input type="checkbox"/> İş Kazası	<input type="checkbox"/> Trafik Kazası	<input type="checkbox"/> Diğer	
Acile Geliş Şekli;	<input type="checkbox"/> Ambulans	<input type="checkbox"/> Sedyede	<input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalyede	<input type="checkbox"/> Ayaktan	
	<input type="checkbox"/> Kolluk	<input type="checkbox"/> Özel Araç	<input type="checkbox"/> Diğer.....		

ANAMNEZ	
Şikayeti;	Alerji;
Geliş Vital Bulguları;	
Tansiyon:..... Nabız:..... Solunum:..... Ateş:..... SpO ₂ :%:.....	
Öyküsü;	

SİSTEM TANILAMA			
Kardiyovasküler Sistem	S1: S2: S3: S4: Üfürüm: <input type="checkbox"/> Duyulmadı <input type="checkbox"/> Var JVD:	Periferik Nabızlar: İki kol TA/Nabız Farkı: Periferik Ödem:	Tipik Anjina : <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Atipik Anjina: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Solunum Sistemi	Ral: Ronküs: Uzamış Ekspiryum:	Stridor: Kabalaşma: Wheezing:	Her İki Hemotoraks Solunuma Eşit <input type="checkbox"/> Katlıyor <input type="checkbox"/> Katılmıyor
Gastrointestinal Sistem	Batında Hassasiyet: Defans: Rebound:	Bağırsak Sesleri: Rektal Tuşe: Distansiyon:	Fluktuasyon: Gaz-Gaita Çıkışı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Nörolojik Sistem	Pupilla: <input type="checkbox"/> İzokorik <input type="checkbox"/> Anizokorik <input type="checkbox"/> Miyotik <input type="checkbox"/> Midriyatik <input type="checkbox"/> Pinpoint Pupil	Direkt Işık Refleksi: ____/____ İndirekt Işık Refleksi: ____/____ Babinski Refleksi: ____/____	Kranial Sinirler: Glasgow Koma Skoru: Ense Sertliği: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Diğer (Enfeksiyon / İzolasyon)			
<input type="checkbox"/> VTE improve skor: <input type="checkbox"/> VTE caprini skor: <input type="checkbox"/> Kanama riski skor:			

DOKTOR ORDER / TEDAVİ UYGULAMA	TEDAVİ TAKİBİ		
	Saat	Verilen İlaç / Mayı Adı, Uygulama Dozu, Uygulama Şekli, Veriliş Süresi	Paraf
<i>Doktor Ad-Soyad/İmza</i>			

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
AS.FR.01	08.10.2021	01	10.04.2023	1 / 2



Özel **EKOL HASTANESİ**
ACİL SERVİS HASTA TRAJ VE GÖZLEM FORMU



VİTAL BULGU TAKİBİ

Saat	Ateş	Nabız	Tansiyon	Kan Şekeri	SpO ₂ %

TETKİKLER

<input type="checkbox"/> Hemogram	KOAGULASYON	<input type="checkbox"/> Kreatinin	<input type="checkbox"/> Direkt Bilirubin
<input type="checkbox"/> Kan Gazı	<input type="checkbox"/> Protrombin Zamanı (PT)	<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> Total Bilirubin
<input type="checkbox"/> Tam İdrar Tahlili	<input type="checkbox"/> APTT	<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> Sodyum
KARDİYAK	<input type="checkbox"/> INR	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> Potasyum
<input type="checkbox"/> Troponin I	<input type="checkbox"/> D-Dimer	<input type="checkbox"/> ALP	<input type="checkbox"/> Klor
<input type="checkbox"/> CK-MB	ACİL BİYOKİMYA	<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> Magnezyum
<input type="checkbox"/> Pro-BNP	<input type="checkbox"/> Glikoz	<input type="checkbox"/> Amilaz	<input type="checkbox"/> Kalsiyum
<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Üre	<input type="checkbox"/> Lipaz	

KONSÜLTASYONLAR

Konsültasyon 1	Konsültasyon 2

ONAMLAR

Hastamın / hastalığımın tanı ve tedavisi için yapılması gereken tüm girişim ve tedaviler tarafıma doktorum tarafından anlatıldı. Anlatılanları anladım. Tüm girişim ve tedavilerin yapılmasını kabul ediyorum.

Yakınlık Derecesi: Ad-Soyad / İmza:

Acil serviste görevli sağlık personeli tarafından, tarafıma taburculuk sonrası bilgilendirme yapıldı.

Yakınlık Derecesi: Ad-Soyad / İmza:

(Tedavi Ret) Hastamın / hastalığımın tanı ve tedavisi için yapılması gereken tüm girişim ve tedavilerin yapılmaması durumunda oluşabilecek beklenmeyen risklerin tamamı anlatıldığı halde kendi isteğimle taburcu olmak istiyorum.

Yakınlık Derecesi: Ad-Soyad / İmza:

HASTA DEVRİ	Hastayı Teslim Eden Sağlık Personeli	Hastayı Teslim Alan Sağlık Personeli
08:00 - 16:00		
16:00 - 08:00		

SONUÇ

SEVK İSE

Sonuç Tarihi / Saati:

Hastane:

Taburcu Yatış Sevk Pol. Sevk Ted. Ret Ex İzinsiz Terk

Tarih / Saat:

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
AS.FR.01	08.10.2021	01	10.04.2023	2 / 2