



Özel EKOL HASTANESİ

YENİ DOĞAN NAKİL VE SEVK FORMU EK-7



Hastanın Adı Soyadı:	TC Kimlik No:
Cinsiyeti:	TC Kimlik No:
Anne Adı :	TC Kimlik No:
Baba Adı:	
Adres:	
Tel/Cep Tel :	Tel/Cep Tel:
Hasta ile birlikte giden yakını:	Tel/Cep Tel:

TIBBİ BİLGİLER

Doğum Tarihi :	Gestasyon Haftası:	Doğum Kilosu:
Düzeltilmiş Yaşı:	Mevcut Tanısı:	Kan Grubu :
Doğum Şekli : NSD <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/>	Acil Sectio <input type="checkbox"/>	Elektif Sectio <input type="checkbox"/>
Apgar 1 dak :	5 dak:	
Doğumda resüsitasyon		
Sufraktan:	Cinsi :	Doz :
Klinik Özet:		Zaman :

Tanılar/Sorunlar :	Tıbbi 1)	Cerrahi : 1)
	2)	2)
	3)	3)
	4)	4)
	5)	5)

Konjenital Anomaliler :	Transfer Nedeni	
	İleri merkeze sevk	
	Cerrahi merkeze sevk	
	Geri merkeze sevk	
	Konsültasyon	
	Görüntülenme	
	Diğer	

Anne /Bebekte Enfeksiyon :

SEVK ÖNCESİ DEĞERLENDİRME

Küvöz <input type="checkbox"/>	Radyan Isıtıcı <input type="checkbox"/>	Beşik <input type="checkbox"/>	
IV sıvılar Cinsi	ml/saat	Yer	IV sıvısı yok
1)			
2)			
3)			
Baş Boyun Sorun yok <input type="checkbox"/>	Kaput <input type="checkbox"/>	S Hemotom <input type="checkbox"/>	Fontanel
Yarım damak /dudak <input type="checkbox"/>		Kitle	Diğer
Konal Atrezi <input type="checkbox"/>		Suturler	Öneriler
Deri Sarılık <input type="checkbox"/>	Siyanoz <input type="checkbox"/>	Döküntü <input type="checkbox"/>	Laserasyon <input type="checkbox"/>
Alacalı <input type="checkbox"/>	Soluk <input type="checkbox"/>	Pletonk <input type="checkbox"/>	Mekonyumlu <input type="checkbox"/>
Ekimoz/morarma <input type="checkbox"/>		Diğer	Öneriler
Solumun Sorun Yok <input type="checkbox"/>	Takipne <input type="checkbox"/>	İnleme <input type="checkbox"/>	Çekilme <input type="checkbox"/>
Spontan <input type="checkbox"/>	Nazal CPAP <input type="checkbox"/>	Mek Ventilasyon <input type="checkbox"/>	Hood <input type="checkbox"/>
FO2	Basınç	Basınçlar	
SO2		ETTup no/cm	
Kan Gazı Ph	PCO2	PO2	BE
Akciğer Grafisi		Göğüs Tüpü (cm)	Öneriler
Dolaşım Sorun Yok <input type="checkbox"/>	KTA	Üfürüm	
Kan basıncı <input type="checkbox"/>	Periferik	Kapitler doluş 3	
Kateter UV <input type="checkbox"/>	UA <input type="checkbox"/>	Öneriler	
Ekstremiteler Sorun Yok <input type="checkbox"/>	Sıcak <input type="checkbox"/>	Anomalı	
Ödem <input type="checkbox"/>		Soğuk <input type="checkbox"/>	Diğer

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YD.FR.04	01.01.2008	01	18.01.2016	1 / 2



Özel EKOL HASTANESİ

YENİ DOĞAN NAKİL VE SEVK FORMU EK-7



Karın	Sorun Yok <input type="checkbox"/>	Gergin <input type="checkbox"/>	Çokük <input type="checkbox"/>	Anormal
	Renk değişikliği	İdrar <input type="checkbox"/>	Gaita <input type="checkbox"/>	
Nöroloji	Sorun Yok <input type="checkbox"/>	Hipoton <input type="checkbox"/>	Hiperton <input type="checkbox"/>	Bilinç değişikliği
	Konvülsiyon	İmtasyon <input type="checkbox"/>	Refleksler	Öneriler
Lab.	KŞ	Hct		
İlaçlar	Antibiyotikler	1)	2)	3)
	Dopamin	mcg/kg/dak	Dobutamin	mcg/kg/dak
	Fenobarbital	mg/kg	Analjezik	Prostaglandin
	Midazolam		Diğer	

Sorumlu Uzman Tabip:

Tarih:

(İmza ve Kaşe)

Saat:

HASTAYI SEVK EDEN		HASTAYI KABUL EDEN	
Hastane		Hastane	
Bölüm		Bölüm	
Doktor		Doktor (imza Kaşe)	
Transfer Bilgisi:	Verildi <input type="checkbox"/> Verilmedi <input type="checkbox"/>	Transfer Bilgisi:	Verildi <input type="checkbox"/> Verilmedi <input type="checkbox"/>

Kalkış	dak	dak	dak	dak	dak	dak	dak	Varış
Isı								
Yanıt								
KTA								
Sol hızı								
SO2								
Vent.mod								
Basınçlar								
PH								
PCO2/PO2								
Kan basıncı								
IV sıvılar								
Pressörler								
Kan şekeri								
Kan basıncı sistolik /diyastolik ventilatör basınçları cm su, kan şekeri mg/dl olarak yazılmalıdır)								
Hastanın Nakli Esnasında Gelişen Olaylar;								
Hastaneye varış saati				Hastanın nakli sorunsuz bir şekilde tamamlanmıştır <input type="checkbox"/>				
Sağlık Personeli				Sorumlu Tabip				
(İmza)				(İmza ve Kaşe)				

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YD.FR.04	01.01.2008	01	18.01.2016	2 / 2