
	<b>Özel EKOL HASTANESİ</b>			
<b>KURUM DIŐI HASTA TRANSFER FORMU</b>				
Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.FR.115	16.12.2024	00	-	1 / 1

Hasta Adı Soyadı				Hastaya ait barkod yapıştırınız.
Tanı		Transfer Edildiđi Tarih/Saat		
Kan Grubu				

Alerjisi  Yok  Var..... İzolasyon Durumu  Yok  Var.....

**TRANSFER NOTLARI**

TRANSFER EDİLDİĞİ BÖLÜM (Hemşire)	<input type="checkbox"/> Kurum Dıőı ..... ..... .....	TRANSFER ŐEKLİ (Hemşire)	<input type="checkbox"/> Ambulans <input type="checkbox"/> Diđer.....
-----------------------------------	--	--------------------------	---

HAYATİ BULGULAR (Hemşire)	Saat: ____ / ____ T.A.: ____ Nabız: ____ Solunum: ____ Ateş: ____ SpO2: ____ Bilinç Durumu <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı <input type="checkbox"/> Yarı Kapalı .....
---------------------------	---

HASTA EŐYALARI (Hemşire)	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var  Hasta Eőyaları Teslim Formunu doldurunuz.
--------------------------	---

SİSTEMİK HASTALIĐI	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....
--------------------	--


KATETERLER (Hemşire)	• ..... • .....	Takılıő Tarihi	Bölgesi
		.....	.....

DEVAM ETMEKTE OLAN PERFÜZYON VE TEDAVİLER (Hemşire)	• ..... Dozu..... Miktarı..... Uygulama Saati..... • ..... Dozu..... Miktarı..... Uygulama Saati..... • ..... Dozu..... Miktarı..... Uygulama Saati.....
---	--

DRENLER (Hemşire)	Tipi	Bölgesi	Tipi	Bölgesi
	.....	.....	.....	.....

PANSUMANLAR (Hemşire)	<u>Temiz</u> <input type="checkbox"/> .....	<u>Bölgesi</u> .....	<u>Tarih / Saat</u> .....
-----------------------	--	-------------------------	------------------------------

TAKİP EDİLEN VE İSTEM YAPILAN TETKİKLER (Hemşire)	• ..... .....	.....
---	------------------	-------

UYGULANAN HAREKET KISITLAMALARI (Hemşire)	<input type="checkbox"/> Pozisyon yeleği <input type="checkbox"/> Kol - ayak bilekliği <input type="checkbox"/> Kol tespit tahtası <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var  <input type="checkbox"/> Parmaksız eldiven <input type="checkbox"/> Diđer (Açıklayınız).....
---	--

TRANSFER SEBEBİ (Hekim)		TRS. KARARI VEREN HEKİM	Adı- Soyadı; İmza
-------------------------	--	-------------------------	-------------------

TRANSFER EDİLDİĞİ KURUM BİLGİLERİ (Hekim)	Kurum Adı:	Kurumun Telefonu:	Teslim Alacak Yetkili/Unvanı:
---	------------	-------------------	-------------------------------

DİKKAT EDİLECEK KONULAR (Hekim)	Ambulans Kriterleri	Karşılandı
	.....	<input type="checkbox"/>
	.....	<input type="checkbox"/>

TESLİM EDİLEN EVRAK VE EKİPMAN (Hemşire)	<input type="checkbox"/> Hasta Dosyası <input type="checkbox"/> Epikriz <input type="checkbox"/> Tetkikler <input type="checkbox"/> Adli Vaka Formu <input type="checkbox"/> Diđer.....		
	<u>Ekipman</u>	<u>Geri Alınacak</u>	<u>Geri Alınmayacak</u>
	• ..... • .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

HEMŞİRE ADI-SOYADI/İMZA: