



ACİL SERVİS HASTA TAKİP FORMU

Dokuman No:	ACL.FR.01
Yayın Tarihi:	05.09.2009
Rev.No.	00
Rev.Tarihi	
Sayfa No:	2/1

ADI ve SOYADI:..... ADRES:..... HASTA YAKINI:
YAŞI:..... TELEFON:.....
CİNSİYETİ: KADIN: ERKEK: HASTA YAKINI:.....
TELEFON:..... TELEFON:.....

DOKTOR:.....
HEMŞİRE:.....

TRİAJ KATEGORİ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERJİ:
ÖNEMLİ / DİKKAT :

ADLI VAKA	<input type="checkbox"/>
EVET	<input type="checkbox"/>
HAYIR	<input type="checkbox"/>

GEÇİRİLMİŞ HASTALIK veya AMELİYAT:

ÖNEMLİ: Adli vakaların filmleri hastaya verilmez. Arşive gönderilir.

ŞİKAYETLERİ:

MUAYENE BULGULARI:

DOKTOR DİREKTİFLERİ:

KONSÜLTASYON ÇAĞIRMA TARİH/ SAATI

KONSÜLTASYON GELİŞ TARİH/ SAATI :

KONSÜLTASYON DOKTOR NOTLARI

TANI:

DOKTOR ADI ve SOYADI / KAŞE:

İMZA:

SONUÇ:

HASTANIN TEDAVİ VE TETKİKİ REDDETME Sİ DURUMUNDA

Ben..... Çevre Hastanesi Doktor'ın ve acil ekibinin ikaz, öneri ve tedavilerini kabul etmeyerek, mesuliyet kendime ait olmak üzere hastaneyi terk ediyorum.

Hasta / Hasta yakını tarafından el yazısı ile yazılması ;

Tarih: Hasta Adı Soyadı: Hasta Yakını adı Soyadı:

Saat: İmza: Yakınlık Derecesi:

İmza: