



HASTA TRANSFER FORMU

Dokuman No.	ACL.FR.03
Yayın Tarihi:	03.09.2009
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

Hasta Adı Soyadı	Servis	Oda - Yatak No:	
Tanı	Kan Grubu		
Alerjisi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....	Sistemik Hastalığı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....		
TRANSFER NOTLARI			
TRANSFER EDİLDİĞİ BÖLÜM (Hemşire)	<input type="checkbox"/> Kurum Dışı	TRANSFER ŞEKLİ (Hemşire)	<input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye <input type="checkbox"/> Yatak <input type="checkbox"/> Ambulans <input type="checkbox"/> Diğer.....
TRANSFER EDİLDİĞİ KURUM BİLGİLERİ (Hekim)	Kurum Adı: <u>Unvanı</u>	Kurumun Telefonu	Teslim Alacak Yetkili
TRANSFER SEBEBİ (Hekim)		TRS. KARARI VEREN HEKİM	Adı- Soyadı; İmza
HAYATİ BULGULAR (Hemşire)	Saat: ___ / ___ T.A.: _____ Nabız: _____ Solunum: _____ Ateş: _____ SpO ₂ : _____ Bilinç Durumu <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı <input type="checkbox"/> Yarı kapalı.....		
HASTA EŞYALARI (Hemşire)	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var → Hasta Eşyaları Teslim Formunu doldurunuz.		
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"/> Diğer		
	<u>Alınmayacak</u>	<u>Ekipman</u>	<u>Geri Alınacak</u> <u>Geri</u>
	•	□	□
	•	□	□
KATETERLER (Hemşire)	•	Takılış Tarihi	Bölgesi
	•
DEVAM ETMEKTE OLAN PERFÜZYON VE TEDAVİLER (Hemşire)	• Dozu..... Miktarı..... Uygulama Saati..... • Dozu..... Miktarı..... Uygulama Saati..... • Dozu..... Miktarı..... Uygulama saati.....		
DRENLER (Hemşire)	<u>Tipi</u>	<u>Bölgesi</u>	<u>Tipi</u> <u>Bölgesi</u>

PANSUMANLAR (Hemşire)	<u>Temiz</u>	<u>Bölgesi</u>	<u>Tarih / Saat</u>
	•	□	•
	•		•
TAKİP EDİLEN VE İSTEM YAPILAN TETKİKLER (Hemşire)	•	•	•
	•	•	•
UYGULANAN HAREKET KISITLAMALARI (Hemşire)	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var → <input type="checkbox"/> Pozisyon yeleği <input type="checkbox"/> Kol - ayak bilekliği <input type="checkbox"/> Kol tespit tahtası <input type="checkbox"/> Parmaksız eldiven <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız).....		
DIKKAT EDİLECEK KONULAR (Hekim)		Ambulans Kriterleri	Karşılandı
		□
		□
Teslim Eden Acil Servis Personeli	Teslim Alan Kişi	Transfer Tarihi ve Saati	