

HAVA AMBULANSI HASTA NAKİL FORMU

Form: 2

Form Seri No:

BU SAYFA HASTAYI SEVK EDEN HASTANE TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Tarih:	Hastane Adı:	
Hasta Bilgileri	Adı Soyadı:	TC Kimlik No:
	Doğum Tarihi: / /	Doğum Yeri:
	Baba Adı:	Anne Adı:
	Adres Bilgileri:	
	Telefon:	
	Boy: cm	Ağırlığı: kg

Hastanın Sorumlu Doktoru:	İletişim Bilgileri:
Hastanın Nakledileceği Merkez:	İletişim Bilgileri:
Kabul Eden Hekim:	Telefon:

Primer Tanısı:	
Sekonder Tanıları:	1) 2) 3)
Medikal Özgeçmiş:	<input type="checkbox"/> Kardiyak <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Onkolojik <input type="checkbox"/> Diğer:
Kullandığı İlaçlar:	<input type="checkbox"/> Yok 1) 2) 3)
Alerjiler:	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor 1) 2)

HASTANEDE YAPILAN İŞLEMLER

<input type="checkbox"/> ET Entübasyon	<input type="checkbox"/> Toraks tüpü	<input type="checkbox"/> Damar yolu	<input type="checkbox"/> IV İlaç	<input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> Mekanik Ventilasyon	<input type="checkbox"/> Nazogastrik Sonda	<input type="checkbox"/> İntraosseöz	<input type="checkbox"/> İlaç İnfüzyonu	<input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> CPAP/BiPAP	<input type="checkbox"/> Beslenme Tüpü	<input type="checkbox"/> Umbilikal kat.	<input type="checkbox"/> Sıvı İnfüzyonu	<input type="checkbox"/> Diğer

ET tüp boyu: # Derinlik: cm

Damar Yolu: Sayısı ve Bölgesi:

İlaçlar: 1) 2) 3) 4)

Sıvılar: 1) 2) 3) 4)

Kan/Kan türevleri:

SEVK NEDENİ

- Yer olmaması Ekipman eksikliği Yoğun Bakım Şartları İhtiyacı
 Personel eksikliği İleri Tetkik ve Tedavi İhtiyacı Diğer

Açıklama:

Transport Sırasında Talep Edilen Ekipman	<input type="checkbox"/> Küvöz <input type="checkbox"/> Ventilatör <input type="checkbox"/> Monitör <input type="checkbox"/> İnfüzyon Pompası <input type="checkbox"/> Travma Tahtası <input type="checkbox"/> KED Yeleği <input type="checkbox"/> Boyunluk <input type="checkbox"/> Diğer
------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TRANSPORT ÖNCESİ EN SON VİTAL DEĞERLERİ

Nabız: /dk	TA: mmHg	Solunum: /dk	GKS: Göz: Verbal: Motor:	Pupiller:
SpO2:	ET CO2:	Vücut Sıcaklığı: °C	Cilt Bulguları:	Kan Şekeri: mg/dl
Lab Bulguları:				Kanda <input type="checkbox"/> Var Alkol <input type="checkbox"/> Yok
Grafi Bulguları:				
Gebe Hasta?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	G: P: A: Hafta: Doğum Eylemi: (-) Hg:		
	Efasman: ... cm	Servikal Açık: ...cm	FKA: (+) Vajinal Kanama:(+)	Hct:
Yenidoğan Hasta?	Doğum Haftası: Doğum Ağırlığı: gr			
Bulaşıcı Hastalık	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Transport Ekibi İçin Profilaksi İhtiyacı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		
Psikiyatrik Olgu	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Açıklama:		

TRANSPORT SIRASINDA UYGULANMASI TALEP EDİLEN TEDAVİ

Ventilatör Ayarları	Mod:	Tidal Volüm:	Frekans:	PEEP:	PIP:
	Pmax	FiO2: %	I/E:	İnsp. T.:	Eksp. T.:
İlaç İnfüzyon Dozları	1. İlaç	2. İlaç			
Yenidoğan Hasta?	Küvöz sıcaklığı: °C	Beslenme aralığı: ... saat	Beslenme miktarı: cc		
Diğer					

Hasta ile birlikte gitmesi gereken kişisel tıbbi cihazlar:

- Hastanın hijyenik bakımı yapıldı mı? (alt bezi değiştirme, vb.) Evet Hayır
Hasta ile birlikte gıda/mama temin edildi mi? Evet Hayır

Hastayı Teslim Edenin Adı - Soyadı:	Hastayı Teslim Alanın Adı - Soyadı:
İmza:	İmza:
Saat:	Saat:

KARA AMBULANSI

Primer Vaka

İli:		İstasyon Kodu:		Araç Plakası:	
Teslim Alındığında Vital Bulguları	Nabız: /dk	TA: mmHg	Solunum: /dk	GKS:	Göz: Verbal: Motor:
	SpO2: ET CO2:	Pupiller:	Vücut Sıcaklığı °C	Cilt Bulguları:	
Transport Sırasında Yapılan Uygulamalar					
Teslim Edildiğinde Vital Bulguları	Nabız: /dk	TA: mmHg	Solunum: /dk	GKS:	Göz: Verbal: Motor:
	SpO2: ET CO2:	Pupiller:	Vücut Sıcaklığı °C	Cilt Bulguları:	
Açıklamalar:					
Hastayı Teslim Edenin Adı - Soyadı:					
İmza: Saat:			Hastayı Teslim Alanın Adı - Soyadı		
İmza: Saat:			İmza: Saat:		

HAVA AMBULANSI

Primer Vaka

İli:		Kodu:		Kuyruk No:	
Teslim Alındığında Vital Bulguları	Nabız: /dk	TA: mmHg	Solunum: /dk	GKS:	Göz: Verbal: Motor:
	SpO2: ET CO2:	Pupiller:	Vücut Sıcaklığı °C	Cilt Bulguları:	
Transport Sırasında Yapılan Uygulamalar					
Teslim Edildiğinde Vital Bulguları	Nabız: /dk	TA: mmHg	Solunum: /dk	GKS:	Göz: Verbal: Motor:
	SpO2: ET CO2:	Pupiller:	Vücut Sıcaklığı °C	Cilt Bulguları:	
Açıklamalar:					
Hastayı Teslim Edenin Adı - Soyadı:					
İmza: Saat:			Hastayı Teslim Alanın: Adı - Soyadı:		
İmza: Saat:			İmza: Saat:		

HASTANE / KARA AMBULANSI

İli:		İstasyon Kodu:		Araç Plakası:	
Teslim Alındığında Vital Bulguları	Nabız: /dk	TA: mmHg	Solunum: /dk	GKS:	Göz: Verbal: Motor:
	SpO2: ET CO2:	Pupiller:	Vücut Sıcaklığı °C	Cilt Bulguları:	
Transport Sırasında Yapılan Uygulamalar					
Teslim Edildiğinde Vital Bulguları	Nabız: /dk	TA: mmHg	Solunum: /dk	GKS:	Göz: Verbal: Motor:
	SpO2: ET CO2:	Pupiller:	Vücut Sıcaklığı °C	Cilt Bulguları:	
Açıklamalar:					
Hastayı Teslim Edenin Adı - Soyadı:					
İmza: Saat:			Hastayı Teslim Alanın: Adı - Soyadı:		
İmza: Saat:			Kaşe: Saat:		