



İLLER ARASI ve KURUMLAR ARASI HASTA NAKİL TALEP FORMU

Dok. No:	YON.FR.40
İlk Yayın Tarihi	17.12.2009
Revizyon no	03
Revizyon tarihi	17.01.2013
Sayfa no:	1

NAKİL TALEP EDEN KURUM:	Tarih/...../20....	Saat:/....
-------------------------	--------------------------	-----------------

Hasta Kimlik Bilgileri

Adı, Soyadı:	Cinsiyet:
TC Kimlik No:	Yaşı:
Hasta Yakını Bilgileri (Adı Soyadı, Telefon, Adres)	Sosyal Güvencesi
<input type="checkbox"/> Hasta yakını bilgilendirildi, naklini uygun görüyor	Hastane Protokol No
	112 Kayıt No

Hasta Klinik Bilgileri (Epikriz)

Vital BULGULARI	Kan Basıncı:	Ateş:
	Nabız:	Solunum:
	Bilinç Durumu:	GKS:

Patolojik Muayene Bulguları

Tetkik Bilgileri

Yapılan Medikal İşlemler

Varsa Nakil Sırasında Yapılması İstenen Medikal İşlemler
--

ÖN TANI (ICD10 KODU) ve VAKA TRAJ KODU:

Sevk Edildiği Kurumda Yapılması İstenen Medikal İşlemler
--

Sevk Nedeni

<input type="checkbox"/> Replantasyon	<input type="checkbox"/> Ağır Travma
<input type="checkbox"/> Yanık	<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım
<input type="checkbox"/> Yer yokluğu	<input type="checkbox"/> Personel yokluğu
<input type="checkbox"/> Ekipman eksikliği	<input type="checkbox"/> İleri tetkik ve tedavi ihtiyacı
<input type="checkbox"/> Diğer (Ventilatör, Monitorizasyon, Yoğun Bakım, Uzman Yok, vb açıklayınız)	

Nakil Bilgileri (işaretleyiniz)	<input type="checkbox"/> Havayolu	<input type="checkbox"/> Karayolu	<input type="checkbox"/> Doktorlu	<input type="checkbox"/> Doktorsuz
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

AÇIKLAMALAR

Transport sırasında gereksinimler

<input type="checkbox"/> Küvöz	<input type="checkbox"/> Ventilatör / İnfüzyon pompası
<input type="checkbox"/> Travma tahtası	<input type="checkbox"/> KED yeleği
<input type="checkbox"/> Diğer (Monitorizasyon, Yoğun Bakım, Uzman, vb açıklayınız)	<input type="checkbox"/> Boyunluk

*Bu bölüm sadece Yeşil kartlı hastalarda sevk eden kurum tarafından doldurulacaktır.
Yeşil Kart Karne Seri No:.....Yeşil Kart Karne Vize Tarihi:..... Yukarıda adı, bilgileri ve talep gerekçesi belirtilen hasta için/...../20... tarihinde, saat/.... itibari ile 112 kayıtlarına göre söz konusu tedavinin gerçekleştirilebileceği ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanesi/kamu hastanelerine ait yoğun bakım yatağı bulunmaması nedeniyle Hastanesine nakli gerçekleştirilmiştir.

	Sevk eden Hekim	Sevk eden Hastane Başhekimi/ İdari Şef	Sevk eden İl KKM Sorumlu Hekimi	Sevki Değerlendiren İl KKM Sorumlu Hekimi
Ad-Soyad-Tarih, Saat, Kaşe, İmza				
Sabit ve Cep Telefon No				
Kurum Telefon no				

Nakil sırasında doğabilecek hastalıktan kaynaklanan komplikasyonlardan nakli talep eden Kurum ve Hekim sorumludur. Koyu siyah kalemle eksiksiz olarak doldurularak, talep edilen İl Komuta Kontrol Merkezine fakslanacaktır. Eksik formlar işleme konulmayacaktır. Fakslanan formun doğru adrese ulaşım, ulaşmadığı teyit edilmelidir.

HAZIRLAYAN İDARİ BÜRO KALİTE ÇALIŞANI	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN BAŞHEKİM
--	--	-----------------------