

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HAVA AMBULANSI TALEP FORMU
..... İLİ
..... HASTANESİ

* Bu bölüm sevk eden doktor tarafından doldurulacaktır.

TARİH:/...../201.

HASTA KİMLİK BİLGİLERİ:

Adı Soyadı		Tc.Kimlik No																		
Cinsiyeti	Erkek <input type="checkbox"/>	Kadın <input type="checkbox"/>	Uyruğu		AFAD NO:															
Doğum Tarihi / Yaşı / Ay			S. Güvence		PASAPORT NO:															

VİTAL BULGULAR:

Bilinç		Kan Basıncı			
GKS		Nabız Sayısı			
Solunum		Ateş			
Genel Durumu	İyi <input type="checkbox"/>	Orta <input type="checkbox"/>	Kötü <input type="checkbox"/>		

TANI : (ICD10 KODU + AÇIK TANI)

--

MUAYENE VE TETKİK BULGULARI:

Hb:	Htc:	Plt:	Bulaşıcı Hastalık ? Varsa Açıklama:	<input type="checkbox"/>
			Hastane Enfeksiyonu ?	<input type="checkbox"/>
Boy:	Kilo:	Obez ise; Bel Çevresi:	İki omuz arası mesafe:	

SEVK NEDENİ:

Sevk Nedeni ile ilgili Açıklama (Doldurulması zorunludur):

NAKİL ESNASINDA HAVA VE KARA AMBULANSINDA BULUNMASI İSTENEN EKİPMAN:

<input type="checkbox"/> Monitör	<input type="checkbox"/> Enjeksiyon Pompası (...Adet) İlaç İsmi:
<input type="checkbox"/> Beslenme	
<input type="checkbox"/> Kuvöz	<input type="checkbox"/> İnfüzyon Pompası (...Adet) İlaç İsmi:

NAKİL SIRASINDA YAPILMASI İSTENEN MEDİKAL İŞLEMLER:

<input type="checkbox"/> Solunum:	<input type="checkbox"/> MV:
<input type="checkbox"/> Oksijen İhtiyacı:	M.Ventilatör Ayarları:
<input type="checkbox"/> Diğer (Trakeostomi +CPAP)+Vb:	(Nakli yapıcak olan ekibe, sevk eden Dr.tarafından detaylıca yazılıp verilmelidir.)

AİLE ONAMI: Hastanın tıbbi durumu ve hava-kara ambulansla nakli sırasındaki riskler hakkında bilgilendirildim. Hasta / hasta yakını olarak, hava-kara ambulansı ile refakatsiz olarak nakli kabul ediyorum.

HASTA YAKINI:

İmza:

Adı Soyadı		Telefon No		
Yakınlığı				

HASTANIN KABUL BİLGİLERİ:

<input type="checkbox"/> Gündüz mesai saatleri içerisinde (08:00-17:00)
<input type="checkbox"/> 24 saat süresince
<input type="checkbox"/> Hastayı kabul eden hastane, hastadan önce refakatçisinin gelmesini talep ediyormu?

HASTAYI SEVK EDEN:

Kaşe/İmza

Hekim Adı Soyadı		
Hastane Adı / Bölüm		
İletişim Numarası		

Bu bölüm hastanın sevk eden il KKM doktoru tarafından doldurulacaktır.

HASTAYI KABUL EDEN:

Sevk Eden İl KKM Dr. İmza

Hekim Adı Soyadı		
Hastane Adı / Bölüm		
İletişim Numarası		

*Formun eksiksiz doldurulması ve nakil bilgilerinin doğruluğundan, İl 112 Komuta Kontrol Merkezi sorumludur.

**Hasta Tıbbi Bilgilerinin doğruluğundan sevk eden hekim sorumludur.

***Eklilik formlar işleme konulmayacaktır.

* Hastanın ucusuna engel olabilecek kontraendike durumlar olmasına rağmen imzalanan formlarda, hastayı sevk doktor sorumludur.