



Doküman Kodu: AS.FR.04	Yayın Tarihi: 13.01.2021	Revizyon Tarihi:-	Revizyon No:00	Sayfa No: 1/1
------------------------	--------------------------	-------------------	----------------	---------------

TARİH:

GELİŞ SAATİ:

HASTA ADI-SOYADI :

HASTA NO:

YAŞI :

CİNSİYETİ :

GELİŞ ŞİKAYETİ:

İLK TANISI:

YAPILAN MÜDAHALELER:

GELİŞ SEKLİ

AMBULANS TAŞINARAK T. SANDALYE SEDYE ADLI VAKA KABUL EDİLDİ

HASTANE ÖNCESİ YAPILAN MÜDAHALELER:

CPR İV KATATER ATEL

HASTANIN TIBBİ UYARI KARTI

VAR YOK EPILEPSİ DİABET HEMOFİLİ

DİĞER: _____

HASTANEYE GETİREN KİŞİNİN ADI-SOYADI :

YAKINLIK DERECESESİ:

TC KİMLİK NOSU:

ADRESİ:

TELEFON NOSU:

İLK MÜDAHALEYİ YAPAN DOKTOR :

İLK MÜDAHALEYİ YAPAN HEMSİRE :

HASTANEYE GELİŞ TRİYAJ KODU

ÇOK ACIL ACIL ACIL DEĞİL

GELİŞ MENTAL DURUM

ORİENTE CONFUSE SESE CEVAP AĞRIYA CEVAP AFAZİK AJITE CEVAPSİZ

HASTANE ÖNCESİ UYGULANAN İLAÇLAR :

SONUÇ :

TRANSFER YATIRILDI TABURCU

DİĞER: _____

YAKINLARINA BİLGİ VERİLDİ HASTANEYE GELMELERİ İSTENDİ

BİLGİ VERENİN ADI : _____

