



<b>Doküman Kodu:</b> AS.FR.08	<b>Yayın Tarihi:</b> 13.01.2021	<b>Revizyon Tarihi:-</b>	<b>Revizyon No:</b> 00	<b>Sayfa No:</b> 1/1
<b>Amb. Prot.No</b>	<b>Talep Saati</b>	<b>HASTA BİLGİLERİ</b>		<b>SOSYAL GÜVENCE</b>
<b>1. Hast. Prot. No</b>	<b>Vaka Ver. St</b>	<b>Adı Soyadı :</b>		<input type="checkbox"/> Memur (Kurumu) <input type="checkbox"/> Bağ-Kur Çalışan
<b>Tarih</b>	<b>Amb. Hareket St</b>	<b>Adres :</b>		<input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/> Bağ-Kur Emekli
<b>2. Hast. Prot. No</b>	<b>1. Hast. Varış St</b>	<b>Adres :</b>		<input type="checkbox"/> SSK Çalışan (İşyeri) <input type="checkbox"/> Bağ-Kur Tarım
<b>Plaka</b>	<b>1. Hast. Ayrılış St</b>	<b>Adres :</b>		<input type="checkbox"/> SSK Çal. Aile Yak. <input type="checkbox"/> Yeşil Kart
	<b>2. Hast. Varış St</b>	<b>Adres :</b>		<input type="checkbox"/> SSK Emekli <input type="checkbox"/> Özel Sigorta
	<b>2. Hast. Ayrılış St</b>	<b>Adres :</b>		<input type="checkbox"/> SSK Em Aile Yak. <input type="checkbox"/> Zor. Trafik Sig
	<b>İstasyona Dönüş</b>	<b>Adres :</b>		<input type="checkbox"/> Çıkış km <input type="checkbox"/> Kasko Sigortası
	<b>Diğer</b>	<b>Adres :</b>		<input type="checkbox"/> Varış km <input type="checkbox"/> Güvencesiz
		<b>Adres :</b>		<input type="checkbox"/> Dönüş km <input type="checkbox"/> Diğer

<b>HASTANIN SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ</b>			<b>T.C. Kimlik No</b>		
<b>Sigortalının Adı Soyadı</b>	<b>Baba Adı</b>	<b>Karne No</b>	<b>Vize Tarihi</b>	<b>Sos.Göv.No</b>	<b>Karnenin Alındığı İl</b>
<b>Yakınlığı</b>	<b>Doğum Tar</b>	<b>Sos.Göv.No</b>	<b>Karnenin Alındığı İl</b>	<b>Tahsis No</b>	
	<b>Doğum Yeri</b>	<b>Tahsis No</b>			

<b>Travma</b>	<b>ÇAĞRI NEDENİ</b>	<b>TALEP EDEN SAĞLIK TESİSİ</b>
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Uzman Yok <input type="checkbox"/> Monitör Yo <input type="checkbox"/> Ventilatör Yok <input type="checkbox"/> Personel y	<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Ameliyathane <input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Diğer Belirtiniz	<input type="checkbox"/> Diğer Belirtiniz

<b>TALEP EDEN KURUM YETKİLİSİ</b>	<b>KABUL EDEN KURUM YETKİLİSİ</b>
AD, SOYAD UNVAN TELEFON	AD, SOYAD UNVAN TELEFON

VAKAYI KABUL ETMEYEN KURUMLAR, KİŞİLER, TELEFONLARI

<b>TALEP EDEN SAĞLIK TESİSİ MUAYENE BULGULARI</b>						<b>GLASGOW KOMA SKALASI</b>			<b>DURUMU</b>
<b>Pupiller</b>	<b>Deri</b>	<b>Saat</b>	<b>Kan Basıncı</b>	<b>Nabız</b>	<b>Solunum</b>	<b>Motor</b>	<b>Verbal</b>	<b>Göz Açma</b>	<input type="checkbox"/> Kırmızı Kod
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal		/ mmHg	/dk	/dk	(6) Emre İtaat	(5) Orient	(4) Spontan	<input type="checkbox"/> Sarı Kod
<input type="checkbox"/> Miyotik	<input type="checkbox"/> Soluk	Vaka stabil mi?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Düzenli	<input type="checkbox"/>	(5) Ağrılı Lokaliz	(4) Konfü	(3) Sesle	<input type="checkbox"/> Yeşil Kod
<input type="checkbox"/> Midriatik	<input type="checkbox"/> Siyanotik	Stabilleştirildiği Saat:		<input type="checkbox"/> Aritmik	<input type="checkbox"/>	(4) Ağrıdan Kaçı	(3) Uygun	(2) Ağrıyla	<input type="checkbox"/> Siyah Kod
<input type="checkbox"/> Anizokorik	<input type="checkbox"/> Hiperemik	Şehir içi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Filiform	<input type="checkbox"/>	(3) Fleksör Yanıt	(2) Anlam	(1) Yanıt Yok	<input type="checkbox"/> Sosyal End.
<input type="checkbox"/> Reak. Yok	<input type="checkbox"/> İkterik	Karayolu <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Alınmıyo.	<input type="checkbox"/>	(2) Extensör Yar	(1) Yanıt		
<input type="checkbox"/> Fiks Dilate	<input type="checkbox"/> Terli	Yoğun Bakım Amb.		<input type="checkbox"/> Nakil ambu.	<input type="checkbox"/>	(1) Yanıt Yok	Ş. Puanı :		

**VAKANIN ÇIKIŞ TANISI :** KODU **AÇIKLAMALAR :**

**NAKİL SÜRESİNCE GEREKENLER**

<b>VENTILASYON</b>	<input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Mekanik <input type="checkbox"/> Ambu	<b>ET Tüp Boyutu</b>	<input type="checkbox"/> Ventilasyon tipi <input type="checkbox"/> Peak İnflasyon Basıncı
	<input type="checkbox"/> PEEP <input type="checkbox"/> F1O2 <input type="checkbox"/> RR	<b>Diğer, Belirtiniz</b>	

<b>MONİTÖRİZASYON</b>	<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> IABP <input type="checkbox"/> SaO2	<input type="checkbox"/> A ETCO2 <input type="checkbox"/> PA Kateter
	<input type="checkbox"/> Santral Venöz Basınc <input type="checkbox"/> Diğer, Belirtiniz	

<b>Zaman</b>	<b>5.dk</b>	<b>10.dk</b>	<b>15.dk</b>	<b>20.dk</b>	<b>25.dk</b>	<b>30.dk</b>	<b>40.dk</b>	<b>50.dk</b>	<b>60.dk</b>	<b>70.dk</b>	<b>80.dk</b>	<b>90.dk</b>
<b>Süre (Belirtiniz)</b>												
<b>ilaçlar</b>	1											
	2											
	3											

**SaO2**

**ETCO2**

**Ateş**

**Nabız**

**Kan Basıncı**

**Sıvı Miktar ve Türü .....**

**Sıvı Miktar ve Türü .....**

**Vaka bedenindeki travmaları, alınan ve önerilen önlemleri belirtiniz. (Talep Eden Sağlık Tesisi Dolduracak)**

**Nakil Sırasında Karşılaşılan Sorunlar (Nakil Eden Ekip Dolduracak)**

<b>TESLİM ALAN KURUM MUAYENE BULGULARI</b>						<b>GLASGOW KOMA SKALASI</b>			<b>DURUMU</b>
<b>Pupiller</b>	<b>Deri</b>	<b>Saat</b>	<b>Kan Basıncı</b>	<b>Nabız</b>	<b>Solunum</b>	<b>Motor</b>	<b>Verbal</b>	<b>Göz Açma</b>	<input type="checkbox"/> Kırmızı Kod
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal		/ mmHg	/dk	/dk	(6) Emre İtaat	(5) Orient	(4) Spontan	<input type="checkbox"/> Sarı Kod
<input type="checkbox"/> Miyotik	<input type="checkbox"/> Soluk	<b>HASTAYI TESLİM ALANIN</b>			<input type="checkbox"/> Düzenli	<input type="checkbox"/>	(5) Ağrılı Lokaliz	(4) Konfü	(3) Sesle
<input type="checkbox"/> Midriatik	<input type="checkbox"/> Siyanotik	<b>Adı Soyadı</b>			<input type="checkbox"/> Aritmik	<input type="checkbox"/>	(4) Ağrıdan Kaçı	(3) Uygun	(2) Ağrıyla
<input type="checkbox"/> Anizokorik	<input type="checkbox"/> Hiperemik	<b>Ünvanı</b>			<input type="checkbox"/> Filiform	<input type="checkbox"/>	(3) Fleksör Yanıt	(2) Anlam	(1) Yanıt Yok
<input type="checkbox"/> Reak. Yok	<input type="checkbox"/> İkterik	<b>Kaşe</b>			<input type="checkbox"/> Alınmıyo.	<input type="checkbox"/>	(2) Extensör Yar	(1) Yanıt	<input type="checkbox"/> Sosyal End.
<input type="checkbox"/> Fiks Dilate	<input type="checkbox"/> Terli	<b>İmza</b>			<input type="checkbox"/> jrum .....	<input type="checkbox"/>	(1) Yanıt Yok	Ş. Puanı :	

**VAKANIN TESLİM TANISI :** KODU **AÇIKLAMALAR :**

**HASTANENİN HASTA REDDİ** .....

..... nedenlerle hastayı hastanemize kabul edemiyorum. **Kaşe İmza**

Hastane Yetkilileri İMZADAN imtina etmiştir

Kurumun / Hastanenin Adı : .....

Hekimin Adı Soyadı : .....

**HASTANIN HİZMET REDDİ :** Ambulansla gelen görevli hekim bana hastanın hemen tedavisi / hastaneye nakli gerektiğini, aksi halde kötü sonuçlar doğurabileceğini anlayacağım şekilde ayrıntılı olarak anlattı. Buna rağmen tedaviyi / hasta naklini kabul etmiyorum. İmza

Hastanın / Hasta yakınının Adı Soyadı : .....

**AMBULANS PERSONELİNİN ADI SOYADI**

**HEKİM** SAĞLIKPER. ....

**İMZA** SÜR./TEKN. ....

Her nüsha ayrı ayrı imzalanacak. Ayrıca 112 Vaka Formu ekip tarafından doldurulacaktır.

Yukarıda belirtilen ..... Kalem hizmet verilmiştir. Hasta Adı Soyadı (İmza) İmza-Onay