

İtfen Bandrol
apıştırmayınız



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HAVA AMBULANSI TALEP FORMU
İLİ

HASTANESİ

* Bu bölüm sevk eden doktor tarafından doldurulacaktır.



HASTA KİMLİK BİLGİLERİ:

TARİH:/...../201.

Adı Soyadı		Tc. Kimlik No																		
Cinsiyeti	Erkek <input type="checkbox"/>	Kadın <input type="checkbox"/>	Uyruğu																	
Doğum Tarihi / Yaşı / Ay			S. Güvence																	
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:	
Boy:	Kilo:	Obez ise; Bel Çevresi:	Hastane Enfeksiyonu ?	
		İldi 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 nakli bilgilerinin doğruluğundan, İl 112 Komuta Kontrol Merkezi sorumludur.

**Hasta Tıbbi Bilgilerinin doğruluğundan sevk eden hekim sorumludur.

***Eksik formlar işleme konulmayacaktır.

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