



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
SAĞLIK TESİSLERİ ARASI VAKA NAKİL TALEP FORMU



Tarih:/...../20.....

Saat:/.....

Nakli Talep Eden Kurum : İLİ HASTANESİ

Nakli Gerçekleştirilmesi İstenen İLİ 112 ASH KOMUTA KONTROL MERKEZİ

Hasta Kimlik Bilgileri

Adı, Soyadı:		Cinsiyet:	Yaşı:
TC Kimlik No:		Uyruğu:	
Hasta Yakını Bilgileri (Adı Soyadı, Telefon, Adres)		Sosyal Güvencesi	
		Hastane Protokol No	
<input type="checkbox"/> Hasta yakını bilgilendirildi, aydınlatılmış onam belgesini onayladı.		112 ASH Protokol No	

Hasta Klinik Bilgileri (Epikriz)

Viral Bulgular	Kan Basıncı:		Ateş:	
	Nabız:		Solunum:	
	Bilinç Durumu:		GKS:	

Patolojik Muayene Bulguları:

Tetkik Bilgileri:

Yapılan Medikal İşlemler:

Varsa Nakil Sırasında Yapılması İstenen Medikal İşlemler:

Ön Tanı (ICD-10 Kodu) ve Vaka Triage 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"/> Boş Yoğun Bakım Yatağı Olmaması |
| <input type="checkbox"/> Boş Servis Yatağı Olmaması | <input type="checkbox"/> İlgili Branş Uzmanının Olmaması |
| <input type="checkbox"/> Tedavi için Gerekli Ekipman Yok/Arızalı | <input type="checkbox"/> İleri tetkik ve tedavi ihtiyacı |
| <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız) : | |

Nakil Bilgileri (İşaretleyiniz)

Havayolu Karayolu Doktorlu Doktorsuz Ek Uzman Hekim

AÇIKLAMALAR:

Transport sırasında gereksinimler

- Küvöz Monitör Ventilatör / İnfüzyon pompası
 Travma tahtası KED yeleği Boyunluk
 Diğer (Açıklayınız) :

***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 Onayı	Sevk Eden İl KKM Sorumlu Hekimi	Sevki Değerlendiren İl KKM Sorumlu Hekimi
Ad-Soyad-Tarih, Saat, Kaşe, İmza				
Sabit ve Cep Telefonu				
Kurum Telefon No				

Nakil sırasında doğabilecek hastalıktan kaynaklanan komplikasyonlardan nakli talep eden kurum ve hekim sorumludur. Koyu siyah kalemle ya da elektronik ortamda eksiksiz doldurularak, talep edilen il Komuta Kontrol Merkezine fakslanacaktır. Eksik formlar işleme konulmayacaktır. Fakslanan formun doğru adrese ulaşmış, ulaşmadığı teyit edilmelidir.