



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: ..... Uyuğu: .....

Hasta Yakını Bilgileri (Adı Soyadı, Telefon, Adres) ..... Sosyal Güvencesi .....

..... Hastane Protokol No .....

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

Replantasyon Ağır Travma

Yanık Boş Yoğun Bakım Yatağı Olmaması

Boş Servis Yatağı Olmaması İlgili Branş Uzmanının Olmaması

Tedavi için Gerekli Ekipman Yok/Arızalı İleri tetkik ve tedavi ihtiyacı

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 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 İl Komuta Kontrol Merkezine faksolanacaktır. Eksik formlar işleme konulmayacaktır. Fakslanan formun doğru adrese ulaşmış, ulaşmadığı teyit edilmelidir.

Dök. Kodu: AS.FR.14

Yayın Tar.: Ekim 2016

Rev. No: -/-

Rev. Tar.: -