



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
KURUM İÇİ ve KURUM DIŞI YENİDOĞAN HASTA TRANSFER FORMU



Bebeğin Adı Soyadı :	Transfer Tarih / Saati :
Anne Adı / TC :	Ayrıldığı Ünite :
Doğum Tarihi / Saati :	Geldiği Ünite :
Kol Bandı No :	Anne Yanı (Taburcu - Doğum Sonrası):
Cinsiyet : Kız <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>	Kurum Dışı Sevk Hastane Adı :
Tanı :	Alerji <input type="checkbox"/>

UYGULAMALAR

K Vit (Yenidoğanlar için) :	İşitme Testi :
Hepatit B Aşısı (Yenidoğan için) :	Beslenme / Diyet :
Topuk Kanı : <input type="checkbox"/> Tarih :	
Verilen İlaçlar :	
İnfüzyon Bölgesi : Sol Kol <input type="checkbox"/> Sağ Kol <input type="checkbox"/> Sol Ayak <input type="checkbox"/> Sağ Ayak <input type="checkbox"/> Baş <input type="checkbox"/> Göbek <input type="checkbox"/>	
Mavi Seviyesi :	

DRENAJLAR

İdrar Kateteri <input type="checkbox"/>	NG Sonda <input type="checkbox"/>	Toraks Tüpü <input type="checkbox"/>	Hemovak <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

PANSUMAN

Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Varsa Hangi Alanda :
--


BAKIM UYGULAMALARI

--

DİĞER NOTLAR

--

İzolasyon Figürleri / Tanımlayıcı Önlemler :

<input type="checkbox"/>  Düşme Riski Yüksek Hasta (Düşme Riski)	<input type="checkbox"/>  Sarı Yaprak (Solunum İzolasyonu)	<input type="checkbox"/>  Mavi Çiçek (Damlacık İzolasyonu)	<input type="checkbox"/>  Kırmızı Yıldız (Temas İzolasyonu)	<input type="checkbox"/> İzolasyon Önlemi Gerekmez
---	---	---	--	---

TESLİM EDEN
Adı Soyadı - Ünvanı

Hastaya Eşlik Eden Personel
Adı Soyadı İmza

TESLİM ALAN
Adı Soyadı - Ünvanı

Not : Bu form 2 nüsha doldurulacaktır.