

\* Bu bölüm sevk eden doktor tarafından doldurulacaktır.

**HASTA KİMLİK BİLGİLERİ:**

TARİH: ...../...../201.

Adı Soyadı		Kimlik No																		
Cinsiyeti	Erkek <input type="checkbox"/>	Kadın <input type="checkbox"/>	Uyruğu																	
Yaşı			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):**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**MUAYENE VE TETKİK BULGULARI:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**SEVK NEDENİ:**

<input type="checkbox"/> İlgili branş uzmanının bulunmaması <input type="checkbox"/> Gerekli tetkiklerin yapılamaması <input type="checkbox"/> Tedavi ile ilgili ekipman eksikliği <input type="checkbox"/> Yoğun bakımda boş yatak olmaması	Sevk Nedeni İle İlgili Açıklama (Doldurulması zorunludur):
---	--

**NAKİL SIRASINDA YAPILMASI İSTENEN MEDİKAL İŞLEMLER:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**NAKİL ESNASINDA HAVA VE KARA AMBULANSINDA BULUNMASI İSTENEN EKİPMAN:**

<input type="checkbox"/> Ventilatör <input type="checkbox"/> Monitör <input type="checkbox"/> İnfüzyon Pompası (.....Adet) <input type="checkbox"/> Enjeksiyon Pompası (.....Adet) <input type="checkbox"/> Küvöz	<input type="checkbox"/> Beslenme <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız):
---	--

**HASTA YAKINI:**

Adı Soyadı		Kimlik No	
Yakınlığı		Telefon No	

- Hasta yakını, hastanın tıbbi durumu ve nakli konusunda bilgilendirildi.  
 Hasta yakını, hastanın naklini onayladı.  
 Aydınlanmış onam belgesi onaylandı.

Sevk Eden Dr. İmza - Kaşe

**HASTANIN SEVK EDİLECEĞİ HASTANEYE  
GİREBİLECEĞİ ZAMAN ARALIĞI:**

- Gündüz mesai saatleri içerisinde  
 24 saat içerisinde

\* \*Bu bölüm hastanın sevk edildiği il KKM doktoru tarafından doldurulacaktır.

**HASTAYI SEVK EDEN:**

Kurum / Hekim

.....İli KKM Yetkilisi

Adı Soyadı		
İmza		
İletişim Numarası		

**HASTAYI KABUL EDEN:**

Kurum / Hekim

.....İli KKM Yetkilisi

Adı Soyadı		
İletişim Numarası		

**\*\* \* Form eksiksiz olarak doldurulduktan sonra İl 112 Komuta Kontrol Merkezine iletilmelidir.**  
**\*\* \* Eksik formlar işleme konulmayacaktır.**