|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| saÄlÄ±k bakanlÄ±ÄÄ± yeni logo ile ilgili gÃ¶rsel sonucu | **ŞIRNAK CİZRE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ** | DokümanKodu | HB.FR.12 |
| Yayın Tarihi | 24.11.2020 |
| RevizyonTarihi |  |
| **EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ****HASTA NAKİL FORMU** | Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 1**/**1 |

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı:TC:Yaş:Cinsiyet: Hastalığın Tanısı: | Nakil Planlanan Tarihi /Saati: |
| Adres ve telefon No: |
| Transfer Sırasında Devam Eden İnfüzyon Varsa: İnfüzyon bölgesi:Mayi Adı:Miktar:Hız:  | Hasta İle Transfer Edilen:İlaçlar:Eşyalar:Formlar: |
| **İZOLASYON ÖNLEMİ: □ VAR □ YOK**VAR İSE ( BELİRTİNİZ ):  | **BULAŞICI BİR HASTALIĞI: □ VAR □ YOK**VAR İSE ( BELİRTİNİZ ): |
| **HAREKET DURUMU** | **NÖROPSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME** | **MEVCUT KATETER/CİHAZ** | **TESLİM EDİLEN DEPARTMAN** | **BESLENME DURUMU** |
| □ Yardımla yürür□ Yardımsız yürür□ Yatakta döner□ Yatakta Oturur□ Yatağa Bağımlı□ Yatağa Bağımlı değil□ Tekerleklİ Sandalye□ Koltuk değneği□ Walker | □ Şuur açık□ Oryante□ Duyuyor□ Görüyor□ Afazi□ Disfazi□ Durgun□ Ajite□ Sakin□ Kaygılı □ Kızgın□ Neşeli | □ Jugular□ Femoral□ Subklavien□ Port □ Epidural□ Arteriyel□ Mesane□ Rektal□ Göğüs Tüpü□ Hemovak□ Dren □ Diğer ( Belirtiniz)…………………………….□ Yok | □ SAĞLIK KURULU□ RÖNTGEN□ USG□ EKG□ LABORATUAR□ BT/MR/EKO/□ SFT□ Diğer ( Belirtiniz) ………………………… | □ Oral alıyor Diyet: □ tuzsuz □ Diyabetik □ Diğer (belirtiniz) …………………………..□ Oral yok □ NG □ PEG □ PEJ □ IV □ Diğer ( belirtiniz ) ………………………………. |
| Traksiyon/Atel: □ Var □ Yok Bulunduğu Bölge/ Ekstiremite:……………………..**..........................................**Treakeostomi: □ Var □ Yok Kolostomi □ Var □ Yok |
| **EVDEN HASTANEYE NAKİL** | **HASTANEDEN EVE / BAŞKA KURUMA NAKİL** |
| **Hastanın Teslim alındığı Adres:** | **Hastanın Teslim alındığı Adres:** |
| **Nakil Edileceği Yer:**  | **Nakil Edileceği Yer:** |
| **Nakil nedeni:**  | **Nakil nedeni:** |
| **Hastanın Teslim Edildiği Hastane/Bölüm:** | **Hastanın Teslim Edildiği Adres:** |
| **Teslim Tarihi / Saati:** | **Tarih/Saat:** |
| **Nâkile Refakat Eden****Sağlık Personeli****Adı Soyadı:** **İmza:**  | **Teslim Alan Sağlık Personeli****Adı Soyadı:****İmza:** | **Nâkile Refakat Eden Sağlık Personeli****Adı Soyadı:** **İmza:**  | **Teslim Alan** **Adı:****Soyadı:****İmza:** |

**NOT:** Hasta herhangi bir sağlık kurum/ kuruluşuna nakil ediliyor ise bu form iki ( 2 ) nüsha hazırlanır, bir ( 1) nüshası ilgili sağlık kurum/kuruluşuna teslim edilir, bir (1 ) nüshası da hasta dosyasında muhafaza edilir.