|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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.