



# HASTA TRANSFER FORMU

DOKÜMAN NO	HB.FR.08
YAYIN TAR H	03.04.2015
REV ZYON NO	01
REV ZYON TAR.	21.12.2015
SAYFA	1 / 1

Hastanın Adı Soyadı:	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">BARKOD</div>
Protokol No:	
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E Ya 1 : .....	
Yattı 1 Birim	
Transfer Tarihi ve Saati:	
Hastanın Dosyası : <input type="checkbox"/>	
Ayrıldı 1 Ünite :	
Geldi i Ünite:	
İmdiki Te his / Hastalık Kodu :	
Operasyon Adı ve Tarihi:	
IV Solüsyonlar:	
Transfer Sırasında nfüze Edilmekte olan Solüsyonlar:	
nfüzyon Bölgesi :	<input type="checkbox"/> Sağ Kol <input type="checkbox"/> Sol Kol <input type="checkbox"/> Di er :.....
Genel Durumu:	
Hız (Dakikada Damla Sayısı):	
İ ede Kalan Miktar:	
Hasta ile Transfer Edilen laçlar:	
Tedaviler:	
Hasta ile Transfer Edilen E yaları / Formlar:	
Var ise Protezler:	
Tüpler :	Hemovac miktarı cc <input type="checkbox"/> NG miktarı cc <input type="checkbox"/> drar kateteri cc <input type="checkbox"/>
Pansuman ve Kanama Takibi:	
Diyet:	
Hem irelik Sorunu / Sınırlamalar / Yeterlilikler:	
Bası Yarası:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Derecesi :.....
Gönderili ekli :	<input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Ayaktan <input type="checkbox"/> Tekerlekli Snadalye <input type="checkbox"/> Refakatle <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub>
Di er Bilgiler ve Ek Açıklamalar:	
<b>HEK M ÖNER LER :</b>	
<b>TESL M ALAN HEM RE</b> Adı Soyadı : mza :	<b>TESL M VEREN HEM RE</b> Adı Soyadı : mza :