



ANKARA 112 İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMLİĞİ  
İLLER ARASI VE KURUMLAR ARASI HASTA NAKİL TALEP FORMU

Doküman No: KKM.FR.01	Yayın Tarihi: 17.12.2009	Revizyon Tarihi: 30.09.2015	Revizyon No: 04	Sayfa No: 01	
NAKİL TALEP EDEN KURUM:		Tarih ...../...../20....	Saat: ...../.....		
<b>Hasta Kimlik Bilgileri</b>					
Adı, Soyadı:		Cinsiyet:			
TC Kimlik No:		Yaşı:			
Hasta Yakını Bilgileri (Adı Soyadı, Telefon, Adres)		Sosyal Güvencesi			
		Hastane Protokol No			
<input type="checkbox"/> Hasta yakını bilgilendirildi, naklini uygun görüyor		112 Kayıt No			
<b>Hasta Klinik Bilgileri (Epikriz)</b>					
Vital BULGULARI	Kan Basıncı:		Ateş:		
	Nabız:		Solumun:		
	Bilinç Durumu:		GKS:		
Patolojik Muayene Bulguları					
Tetkik Bilgileri					
Yapılan Medikal İşlemler					
Varsa Nakil Sırasında Yapılması İstenen Medikal İşlemler					
ÖN TANI (ICD10 KODU) ve VAKA TRİAJ KODU:					
Sevk Edildiği Kurumda Yapılması İstenen Medikal İşlemler					
<b>Sevk Nedeni</b>					
<input type="checkbox"/> Replantasyon		<input type="checkbox"/> Ağır Travma			
<input type="checkbox"/> Yanık		<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım			
<input type="checkbox"/> Yer yokluğu		<input type="checkbox"/> Personel yokluğu			
<input type="checkbox"/> Ekipman eksikliği		<input type="checkbox"/> İleri tetkik ve tedavi ihtiyacı			
<input type="checkbox"/> Diğer (Ventilatör, Monitorizasyon, Yoğun Bakım, Uzman Yok, vb açıklayınız)					
Nakil Bilgileri (işaretleyiniz)		Havayolu <input type="checkbox"/> Karayolu <input type="checkbox"/> Doktorlu <input type="checkbox"/> Doktorsuz <input type="checkbox"/>			
AÇIKLAMALAR					
<b>Transport sırasında gereksinimler</b>					
<input type="checkbox"/> Kuvöz		<input type="checkbox"/> Ventilatör / İnfüzyon pompası			
<input type="checkbox"/> Travma tahtası		<input type="checkbox"/> KED veleği			
<input type="checkbox"/> Diğer ( Monitorizasyon, Yoğun Bakım, Uzman, vb açıklayınız)		<input type="checkbox"/> Boyunluk			
*Bu bölüm sadece Yeşil kartlı hastalarda sevk eden kurum tarafından doldurulacaktır. Yeşil Kart Karne Seri No:.....Yeşil Kart Karne Vize Tarihi:..... Yukarıda adı, bilgileri ve talep gerekçesi belirtilen hasta ..... ..... için ...../...../20... tarihinde, saat ...../..... itibarı ile 112 kayıtlarına göre söz konusu tedavinin gerçekleştirilebileceği ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanesi/kamu hastanelerine ait yoğun bakım yatağı bulunmaması nedeniyle ..... Hastanesine nakli gerçekleştirilmiştir.					
Sevk eden Hekim	Sevk eden Hastane Başhekim/ İdari Şef		Sevk eden İl KKM Sorumlu Hekimi		Sevki Değerlendiren İl KKM Sorumlu Hekimi
Ad-Soyad-Tarih, Saat, Kaşe, İmza					
Sabit ve Cep Telefon No					
Kurum Telefon no					
Nakil sırasında doğabilecek hastalardan kaynaklanan komplikasyonlardan nakli talep eden Kurum ve Hekim sorumludur. Koyu siyah kalemle eksiksiz olarak doldurularak, talep edilen İl Komuta Kontrol Merkezine fakslanacaktır. Eksik formlar işleme konulmayacaktır. Fakslanan formun doğru adrese ulaşım, ulaşmadığı teyit edilmiştir.					