



# HASTA TRANSFER FORMU



Dokuman No: HB.FR.02

Yayın Tarihi: 01.01.2024

Rev.No:00

Rev.Tarihi:-

Sayfa No:1/1

Hasta Adı Soyadı

BİRİMİ

Tanı

Kan Grubu

Alerjisi  Yok  Var.....Sistemik Hastalığı  Yok  Var.....

## TRANSFER NOTLARI

TRANSFER EDİLDİĞİ  
BÖLÜM  
(Hemşire) Kurum DışıTRANSFER  
ŞEKLİ  
(Hemşire) Sedye  Tekerlekli sandalye  Yatak Ambulans  Diğer.....TRANSFER EDİLDİĞİ  
KURUM  
BİLGİLERİ (Hekim)Kurum Adı:  
/Unvanı

Kurumun Telefonu

Teslim Alacak Yetkili

TRANSFER SEBEBİ  
(Hekim)TRS. KARARI  
VEREN HEKİM

Adı- Soyadı; İmza

HAYATİ BULGULAR  
(Hemşire)

Saat: / T.A.: Nabız: Solunum: Ateş:

SpO<sub>2</sub>:Bilinç Durumu  Açık  Kapalı  Yarı kapalı.....HASTA EŞYALARI  
(Hemşire) Yok  Var → Hasta Eşyaları Teslim Formunu doldurunuz.TESLİM EDİLEN EVRAK VE  
EKİPMAN  
(Hemşire) Hasta Dosyası  Epikriz  Tetkikler  Adli Vaka Formu  Diğer .....

Alınmayacak

Ekipman

Geri Alınacak

Geri

- .....
- .....

KATETERLER  
(Hemşire)

- .....
- .....

Takılış Tarihi

Bölgesi

- .....
- .....

- .....
- .....

DEVAM ETMEKTE OLAN  
PERFÜZYON VE  
TEDAVİLER  
(Hemşire)

- .....Dozu.....Miktarı..... Uygulama Saati.....
- .....Dozu.....Miktarı..... Uygulama Saati.....
- .....Dozu.....Miktarı..... Uygulama saati.....

DRENLER  
(Hemşire)

Tipi	Bölgesi	Tipi	Bölgesi
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

PANSUMANLAR  
(Hemşire)

Bölgesi	Tarih / Saat
<u>Temiz</u>	.....
..... <input type="checkbox"/>	.....

TAKİP EDİLEN VE İSTEM  
YAPILAN TETKİKLER  
(Hemşire)

- .....
- .....
- .....

UYGULANAN  
HAREKET KISITLAMALARI  
(Hemşire) Yok  Var →  Pozisyon yeleği  Kol - ayak bilekliği  Kol tespit tahtası  
 Parmaksız eldiven  Diğer (Açıklayınız).....DİKKAT EDİLECEK  
KONULAR  
(Hekim)

Ambulans Kriterleri

Karşılıklı

- .....
- .....

Teslim Eden Personeli

Teslim Alan Kişi

Transfer Tarihi ve Saati