



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
HASTA TRANSFER FORMU

Tarih:
Saat:

Form, geçici olmayan birimler arası veya diğer sağlık kurumuna hasta transferinde hemşire tarafından doldurulur.

Hasta Adı Soyadı:		Protokol No:		Kan Grubu:		
Yaşı :	Cinsiyeti : <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E					
Ayrıldığı Birim:		Gönderildiği Birim:				
İletişim Kuran/ Kurulan Sağlık Çalışanı /Tel:						
Transfer Şekli: <input type="checkbox"/> Sedyeye <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye <input type="checkbox"/> Yatak <input type="checkbox"/> Diğer:						
Yapılan Ameliyat:		İzolasyon: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var				
Ameliyat Tarihi:		Alerji: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var				
		Bulaşıcı Hastalığı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var				
Transfer Öncesi Son Yaşam Bulguları	Beden Sıcaklığı °C	Nabız dk	Kan Basıncı mmHg	Solunum dk	SpO ₂	Glaskow Koma Skoru
Hastada Bulunan Kateterler (Yeri / Takılma Tarihi): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Drenleri /Drenaj Miktarı: (Tipi, bölgesi ve en son saat kaçta ne kadar boşaltıldığı)				
Önemli Notlar /Öneriler:.....						
Devam Eden Tedavi : İlaç Adı (Dozu / Veriliş Yolu / Veriliş Saati)		IV Solüsyonlar : (İçerik/Takılış Saati/ Veriliş Hızı)				
		Hasta ile Transfer Edilen İlaçlar ve Tıbbi Malz.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		Hasta ile Gönderilen Diğer Evrak ve Eşyalar: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Devam Eden Hemşirelik Sorunu ve Uygulamaları (Basınç yarası, pozisyon kısıtlaması vb):						
Transfer Sırasında Ortaya Çıkan Komplikasyonlar:.....						

Formu Hazırlayan Hemşire
Adı Soyadı:
İmza

Teslim Eden Sağlık Çalışanı
Adı Soyadı:
İmza

Teslim Alan Sağlık Çalışanı
Adı Soyadı:
İmza