



# ACİL TIP ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Doküman Kodu	AS.FR.002
Yayın Tarihi	01.12.2014
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1 / 2

ADLİ VAKA	Hastayı Takip Eden İntern Dr. Asistan Dr.
Hastanın Geliş Şekli Ambulans <input type="checkbox"/> Özel Araç <input type="checkbox"/> Hastanın Geldiği Yer : Ev <input type="checkbox"/> Devlet Hastanesi <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağı <input type="checkbox"/> Özel Hastane <input type="checkbox"/>	
Travma Hastası Trafik Kazası: Araç İçi: <input type="checkbox"/> Araç Dışı: <input type="checkbox"/> Motosiklet-Bisiklet <input type="checkbox"/> Ev Kazası İş Kazası Düş <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Darp Yanık YDT <input type="checkbox"/> İntoksikasyon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Şikâyeti: Kullandığı İlaçlar	
Anamnez:	
Özgeçmiş:	
Alışkanlıklar: Sigara: <input type="checkbox"/> yıl..... Alkol: <input type="checkbox"/> yıl:..... Diğer :.....Allerji:	
Vital Bulgular: GD: Bilinç: Oryante: <input type="checkbox"/> Koopere <input type="checkbox"/> TA: ...../..... Nb:..... Ateş:..... O2 Sat:	
Fizik Muayene	IR: ...../..... Pupil: İzokorik: <input type="checkbox"/> Anizokorik <input type="checkbox"/> JVD: ...../.....
Baş ve Boyun	Diğer :.....
Toraks : Kalp: Ritmik <input type="checkbox"/> Ses <input type="checkbox"/> Aritmik Üfürüm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frotman <input type="checkbox"/> Diğer :.....	Akc: Ral: <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronküs: <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Ortopne <input type="checkbox"/> Diğer:.....
Batın : Barsak Sesleri <input type="checkbox"/> Hiperaktif <input type="checkbox"/> Hassasiyet <input type="checkbox"/> Defans <input type="checkbox"/> Lokalizasyon Üst...../..... DistansiyonHipoaktif <input type="checkbox"/> Tahta Karın Rebound <input type="checkbox"/> Alt ...../..... Diğer :.....	
Ekstremiteler Nabızlar Üst :...../..... Ekstremitte Durumu :..... Alt:...../..... Prelibial Ödem :...../.....	
Nörolojik Muayene Motor Kuvvet Üst :...../..... Duyu Kusuru :Üst...../..... Babinski...../..... Alt :...../..... Alt :...../.....	
Vital Takip : St:..... TA:...../..... Nb:..... Ateş:.....	Ön Tanılar:
St:..... TA:...../..... Nb:..... Ateş:.....	1
St:..... TA:...../..... Nb:..... Ateş:.....	2
St:..... TA:...../..... Nb:..... Ateş:.....	3
St:..... TA:...../..... Nb:..... Ateş:.....	4



# ACİL TIP ANABİLİM DALI ANAMNEZ FORMU

Doküman Kodu	AS.FR.002
Yayın Tarihi	01.12.2014
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	2 / 2

Tarih/Saat

Uygulanan Tedaviler

KONSULTASYONLAR: