



HASTA TRANSFER FORMU

Doküman Formu	HB. FR.005
Yayın Tarihi	04.01.2016
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1

Cihaz ve Ekipman: Ventilatör() Monitör () O2 Tüp() Entübasyon Seti() Acil İlaç Çantası() Diğer()

Hastanın Adı Soyadı:	Tarih:	Saat:
Protokol No:	Ayrıldığı Ünite:	
Cinsiyeti: Ya :	Geldiği Ünite:	
Hastanın Tanısı:	Hastanın Doktoru:	
Geçirdiği Ameliyat	Ameliyat Tarihi	
Hastanın Transferi Eklisi:	Tekerlekli Sandalye ()	Sedyeye () Diğer...

TRANSFER ESNASINDA İNFÜZE EDİLEN SOLÜSYONLAR

SIVILAR / eklenen ilaçlar	SAATTE GEÇEN SIVİMİKTAR	KALAN SIVİMİKTAR

İNFÜZYON BÖLGESİ :

HASTA İLE TRANSFER EDİLEN İLAÇLAR

ORAL İLAÇLAR	PARANTERAL İLAÇLAR	NOTLAR

HASTA İLE TRANSFER EDİLEN PROTEZLER


<input type="checkbox"/> Diş Protezi	<input type="checkbox"/> Ortopedik Protezler	<input type="checkbox"/> Diğer
--------------------------------------	--	--------------------------------

DRENAJ VE TÜPLER

Hemowak Dren	Ng Sonda	Foley Kateter	Toraks Tüpü	Diğer
--------------	----------	---------------	-------------	-------

Pansuman Var ()	Yok ()	Pansuman Bölgesi:
-------------------------	----------------	--------------------------

DİYET	SABAH	ÖĞLE	AKŞAM
HASTA YETERLİ	BAZIMSIZ	YARI BAZIMSIZ	BAZIMSIZ

HASTA ZOLASYONU	TEMAS ZOLASYONU 	SOLUNUM ZOLASYONU 	DAMLACIK ZOLASYONU 
------------------------	---	---	--

NOT:

**Hastayı Teslim Alan Hemşire
İmza**

**Hastayı Teslim Eden Hemşire
İmza**