



Araç Plaka No:	Hastanın Adı-Soyadı:		
Tarih:	Hasta ID No:	Doğum Ağırlığı:.....kg	
Hastaneden Çıkış Saati:	Doğum Tarihi / Cinsiyeti:		Gestasyonel Yaş:
Olay Yeri Varış Saati:	Kimlik No:		Doğum Şekli: C/S ☐ NVY ☐
Olay Yerinden Ayrılma Saati:	Anne Adı:	Baba Adı:	
Hastaneye Varış Saati:	Adresi:	Tel No:	
Yakınması / Şikayeti:	ALLERJİ:		
	BULASICI HASTALIK:		

AMBULANS ÇIKIŞ NEDENİ	YAPILAN İŞLEMLER
Medikal ☐ Yaralanma ☐ Yangın ☐ Trafik Kazası ☐ Düşme ☐ Diğer ☐	Yerinde Müdahale ☐ Tetkik İçin Nakil ☐ Eve Nakil ☐ Diğer ☐ YDÜ Hastanesi'ne Nakil ☐ Diğer Hastaneye Nakil:..... Hastaneler Arası Nakil:.....

HASTANIN DOKTORU	
Adı-Soyadı:	İmza:
Tarih / Saat:	ADLI VAKA ☐
Anne Sağlık Bilgileri:	Gravida: Para: Abortus: Son Adet Tarihi:.....
Preterm ☐ HT ☐ Kanama ☐ Plesental ablasyo ☐ Koriyoamnionit ☐ Annenin medikal sorunu:	
Preeklamsi ☐ HELLP ☐ Çoğul gebelik ☐ Plasenta Previa ☐ Betametazon ☐ Antibiyotik Tarih / Saat:	
İYE ☐ DM ☐ PPROM ☐ Fetal Anomali ☐ Diğer tedaviler:	

MUAYENE BULGULARI						STABİLİZASYON MÜDAHALELERİ			
Saat (24 saat dilimi)	Kalp Tepe Atımı / dk.	Solunum Sayısı / dk.	SPO2%	Vücut Isısı / °C	Kan Basıncı / dk.	O2 ☐	ETT ☐	CPAP (Maske ☐ Nazal Kanül ☐)	
						Konumu:.....cm	Boyutu:.....		
						Ventilatör ayarı:			
						Kardiyak Kompresyon:			
						Epinefrin Dozu:	Kaç Doz:	Saati:	
						Diğer:			
						LABORATUVAR BULGULARI			
						CBC:		X-RAY:	
						AKG / Kordon Kan Gazı:		EKG:	
						Elektrolitler:		Diğer:	
						Kan Şeker Ölçümü:		Ölçüm Saati:	
						Fenilketonüri Taraması:		Tarama Tarihi / Saati:	

ÖN TANI / TANI:

UYGULANAN İLAÇLAR									
İlacın Adı	Dozu	Sıklığı	Yolu	Saati	İlacın Adı	Dozu	Sıklığı	Yolu	Saati
% 0.9 NaCl Bolus					Hepatit B Aşısı				
%10 Dextroz Bolus					Göz Bakımı				
Ringer Laktat Bolus									
HCO3									
Ampisilin									
Gentamisin					AÇIKLAMA (Hastaya yapılan işlemler bu alanda belirtilecek)				
Sefotaksim									
Curosurf / Survanta									
K Vitamini									

Varsa özel eşyaları: Yok ☐ Var ☐ (varsa "Hasta Eşyaları Teslim Prosedürü"nü uygulayınız.)	
Hastayı Teslim Alanın	Ambulans Personelinin Adı-Soyadı:
Tarih / Saat:	İmza:
Adı-Soyadı:	Paramedik:
Unvanı:	Sağlık Personeli:
Kaşe:	Şoför: