

Hastanın Adı, Soyadı:		Yatış Nedeni: ☐ Medikal tedavi ☐ Operasyon									
Hasta ID No:		Yatış Tarihi : / / Operasyon Tarihi: / /									
Doğum Tarihi: / /		Sorumlu Hekimin Adı Soyadı:									
Transfer Tarihi : / /		Tanı: Sistemik Hastalıkları:.....									
Diyeti : ☐ Yok		Bulaşıcı Hastalık : ☐ Yok ☐ Bilinmiyor ☐ Var :.....									
Ayrıldığı Ünite / Servis :.....		Alerji: ☐ Yok ☐ Bilinmiyor ☐ Var:									
Geldiği Ünite / Servis :.....		İzalsyon ☐ Yok ☐ Var ise ☐ Temas ☒ Solunum ☒ Damlacık ☒									
TRANSFER ÖNCESİ UYGULANAN TEDAVİ: Uygulandı ise aşağıdaki bölüme yazınız ☐ Tedavi Uygulanmadı											
İlacın Adı	Dozu	Sıklığı	Verilen saat	İlacın Adı	Dozu	Sıklığı	Verilen saat				
1-				6-							
2-				7-							
3-				8-							
4-				9-							
5-				10-							
Aldığı Perfüzyonlar ve İlacın Miktarı: ml / h mg / mcg / kg / dk				Teslim saatine kadar Total Aldığı							
Uygulandı ise aşağıdaki bölüme yazınız ☐ Tedavi Uygulanmadı											
*											
*				Teslim Saatine Kadar Total Çıkardığı							
*											
*											
Kataterler		Takılış Tarihi		Bölge		Kataterler		Takılış Tarihi		Bölge	
IV Katater	☐ Yok ☐ Var	 / /				NG	☐ Yok ☐ Var	 / /			
Cvp Line	☐ Yok ☐ Var	 / /				Arter Line	☐ Yok ☐ Var	 / /			
Foley Katater	☐ Yok ☐ Var	 / /				Diyaliz katater	☐ Yok ☐ Var	 / /			
Pace Maker	☐ Yok ☐ Var	 / /				Kurum Dışında Takılan Katater: ☐ Yok ☐ Var :					
Drenler ve Bölge		Kurum Dışında Takılan Dren		Pansuman: ☐ Yok ☐ Var		Bası Yarası ☐ Yok					
☐ Yok ☐ Var		☐ Yok ☐ Var		☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı		☐ Var (ise yeri ve derecesini yazınız)		Yeri: Derecesi:			
Yapılan Tetkik : ☐ Yok ☐ Var (ise aşağıya yazınız)				Yapılacak Tetkik : ☐ Yok ☐ Var (ise aşağıya yazınız)							
.....											
.....											
.....											
HASTA İLE BİRLİKTE TESLİM EDİLENLER				İlaçlar ☐ Yok ☐ Var (ise aşağıdaki bölüme yazınız)							
☐ Varis corabı		☐ Akciger PA		İlacın Adı		Sayısı		İlacın Adı		Sayısı	
☐ Anjio CD		☐ BT		1-				6-			
☐ Takma Diş		☐ MR		2-				7-			
☐ Laboratuvar tetkik		☐ Diğer:		3-				8-			
☐ Spirometre		☐ Yok		4-				9-			
☐ Anjio diyagramı				5-				10-			
En Son Vital Bulgular: Kan Basıncı:..... Ağrı:..... Vücut Isısı:..... SPO2:..... Nabız:..... Solunum:..... O ₂ / dk											
Gastrointestinal Sistem Bilgileri: ☐ Normal ☐ Konstipe ☐ Diyare Defekasyon Tarihi: / /											
Düşme Riski : ☐ Yok ☐ Var ise ☐ Düşük ☐ Yüksek Risk Puanı:											
Kullandığı Protezler: ☐ Yok ☐ Takma diş ☐ Gözlük ☐ Kontakt Lens ☐ İşitme cihazı ☐ Koltuk değneği Diğer:											
Transfer Şekli: ☐ Sedyeye ☐ Tekerekli Sandalye ☐ Yatak ☐ Diğer: ☐ Tüm Güvenlik Önlemleri Alındı											
Transfer Esnasındaki Durum: ☐ Genel durumu iyi ☐ Monitörizasyon Diğer:.....											
Transfer saati: :		Teslim Eden Hemşirenin Adı Soyadı ve İmzası:			Teslim Alan Hemşirenin Adı Soyadı ve İmzası:						