

ACIL ORDER TEKNİK ŞARTNAMESİ

- 1-)1.Hamur kağıt olacaktır
- 2-)sayfa ebatları Verilecek numune ebadında olmalıdır
- 3-)Acil Hasta Formu arkalı önlü olmalıdır
- 4-)Acil Hasta Formu içeriği verilen numuneye uygun olmalıdır.
- 5-) Acil Hasta Formu tablo ve şekiller bozulmamalıdır
- 6-)Beyaz kağıt olmalıdır
- 7-)Yazılar ve çizgiler siyah olmalıdır
- 8-)İstenilen miktarın tümü basılmadan önce bir adet numune basılarak sorumlular tarafından onaylanmalıdır
- 9-)BİRER adet numune sorumlular tarafından onaylandıktan sonra uygunluk verilecektir

T.C.
AĞRI VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Doç.Dr.Yaşar Eryılmaz Devlet Hastanesi
Mehmet BARIŞ
Tıbbi Sekreter

DOÇ.DR.YAŞAR ERYILMAZ
DOĞUBAYAZIT DEVLET HASTANESİ
Fikret ERDOĞAN
Ambar Birimi

DOÇ.DR.YAŞAR ERYILMAZ
DOĞUBAYAZIT DEVLET HASTANESİ
Erdal CERENÇİ
Biyomedikal Sorumlusu



DR. YAŞAR ERYILMAZ DEVLET HASTANESİ
ACİL HASTA FORMU



TRİYAJ
H. Adı Soyadı : Doktor:
Şikayeti: YEŞİL SARI KIRMIZI
Ta: / mmHg Nabız: dk Ateş: /c Triyaj Hemşiresi:

Hasta Adı SOYADI:
T.C. Kimlik NO:
GSS Provizyon No:
Hasta Grubu/Kurumu

EK HASTALIKLAR:
KULLANDIĞI İLAÇLAR:
DOKTOR:

ÖYKÜ :

Genel Görünüm : Özellik Yok Soluk Siyanotik Hiperemik İkterik Terli Panik Diğer:

TA: / mm Hg Nabız: dk Ateş: /c Solunum : dk

FİZİK MUAYENE:

Baş-boyun:

Solunum sistemi:

KVS:

GİS:

GÜS:

Nörolojik Muayene:

TETKİKLER

Laboratuvar: CBC BİYOKİMYA TİT KARDİYAK ENZİMLER KAN GAZI DİĞER

GÖRÜNTÜLEME : X-RAY :

BT :

USG:

ÖN TANI:

KESİN TANI :

TEDAVİ, BAKIM PLANI VE TAKİP

Tarih- .../.../...	Doktor Tedavi ve Takip İstemi Gözlem/Takip Bulguları ve Yapılan Müdahale İlaç Adı, dozu, zamanı, uygulama şekli okunaklı olarak doktor tarafından tarih, saat belirtilerek ve kaşe kullanılarak yazılacaktır.	Doktor Tedavi ve Takip İstemi Gözlem/Takip Bulguları ve Yapılan Müdahale İlaç Adı, dozu, zamanı, uygulama şekli okunaklı olarak doktor tarafından tarih, saat belirtilerek ve kaşe kullanılarak yazılacaktır.
Saat: .../...		
Saat: .../...		
Saat: .../...		

DOKTOR ADI SOYADI:
KAŞE/İMZA:

HASTA DEVİR NOTU:

Teslim Eden Hekim;

Teslim Alan Hekim;

Hemşire Tedavi Uygulama

İlacın uygulama şekli, dozu, zamanını belirtip imzalayınız.
Gözlem odasına alınan hastalar için 'Acil Servis Hasta Tanılama ve Takip Formu' kullanınız.

Saat:
.../...

Saat:
.../...

Saat:
.../...

Saat:
.../...

Saat:
.../...

Konsültasyon İstemi:..... Saat: .../....

Konsültasyon Hekim Notu:

Tarih-Saat:...../...../.....

Hekim Adı-Soyadı:
Kaşe/İmza

*Konsültasyon Saatleri ile ilgili bilgileri 'Acil Servise Çağrılan Konsültan/İcapçı Hekimin Çağrılış ve Varış Saatleri Veri Toplama Formu'na not ediniz.

Çıkış Saati:.....Toplam Kalış Süresi:
Formu'na not ediniz.

(12 saaten uzun süre kalan hastaları 'Müşahade Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Veri Toplama Formu'na not ediniz.)

*Gerektiğinde ilave form kullanınız.

ÇIKIŞ NOTU-ÖNERİLER

Saat:...../.....

SONUÇ:

Reçete Kontrolle gelecek

Tedavi red (İMZA ALINIZ)

Yatış(Yatış Saati ve Yatırıldığı Servisi) not

ediniz:.....

Başka Hastaneye Transfer (Epikriz ve Sağlık Bak.Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu Hazırlayınız.

Ex

*Sevk bilgilerini 'Bir Başka Sağlık Merkezine Sevk Edilen Hasta Sayısı, Oranı ve Teşhis Dağılımı Veri Toplama Formu'na not alınız.