	DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	**Doküman No**	SDS.FR.100
		Yayın Tarihi	03.02.2025
	HASTA TRANSFER FORMU	**Revizyon No**	00
		Revizyon Tarihi	--
		Sayfa No	Sayfa 1 / 1

Hastanın Adı – Soyadı:		**Tanı:**	
Protokol No:		**Birimi:**	
Kan Grubu:			

HASTANIN AMELİYATHANEYE TRANSFERİ (PREOP)

Hastanın Klinikten Ayrıldığı Tarih : ……../……../20…….. Saat : ……..	Hastanın Ameliyathaneye Kabul Edildiği Tarih : ……../……../20…….. Saat : ……..
Hastayı Teslim Eden Sağlık Personeli Adı Soyadı:	Hastayı Teslim Alan Sağlık Personeli Adı Soyadı:

VİTAL BULGULAR Saat:	Ateş: Tansiyon: Nabız: Solunum: SPO2:	**BİLİNÇ DURUMU** Saat:	☐ Açık ☐ Konfüze ☐ Kapalı

Alerjileri:	☐ VAR	☐ YOK	**Kronik Hastalıkları:**	☐ VAR ☐ YOK
Bulaşıcı Hastalık:	☐ VAR	☐ YOK	**İşitme Bozukluğu:**	☐ VAR ☐ YOK
Görme Bozukluğu:	☐ VAR	☐ YOK	**Bası Yarası:**	☐ VAR ☐ YOK

		TAKILIŞ TARİHİ		**TAKILIŞ TARİHİ**
INVAZİV GİRİŞİMLER	**IV KATATER:**		**DREN**	
	SANTRAL KATATER		**NAZOGASTRİK TÜP**	
	ÜRİNER KATATER		**DİĞER**	
TESLİM EDİLEN EVRAK	Hasta Dosyası Sureti		Diğer	

HASTANIN AMELİYATHANEDEN TRANSFERİ (POST-OP)

Hastanın Ameliyathaneden Ayrıldığı Tarih : …./…./…. Saat : ……..	Hastanın Kliniğe Kabul Edildiği Tarih : …./…./…. Saat : ……..
Hastayı Teslim Eden Sağlık Personeli Adı Soyadı:	Hastayı Teslim Alan Sağlık Personeli Adı Soyadı:

VİTAL BULGULAR Saat:	Ateş: Tansiyon: Nabız: Solunum: SPO2:	BİLİNÇ DURUMU Saat:	☐ Açık ☐ Konfüze ☐ Kapalı

		TAKILIŞ TARİHİ		**TAKILIŞ TARİHİ**
INVAZİV GİRİŞİMLER	**IV KATATER**		**DREN**	
	SANTRAL KATATER		**NAZOGASTRİK TÜP**	
	ÜRİNER KATATER		**DİĞER**	

HASTA BERABERİNDE TRANSFER EDİLEN İLAÇLAR		
TESLİM EDİLEN EVRAK	☐ Hasta Dosyası Sureti	☐ Diğer

NOT: 1. Bu form kurum içi hasta transferlerinde ilgili Sağlık Personeli tarafından doldurarak kullanılır.