



BARTIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

HASTA TRANSFER FORMU

DOK. NO: HB.FR.001

YAY. TRH: 07.03.2022

REV. TRH:

REV NO: 0

SAYFA S 1 / 1

Hastanın Adı Soyadı :

Transfer Tarihi :

Dosya No :

Transfer Saati :

Protokol No:

Ayrıldığı Ünite/Doktor:

Yaşı :

Geldiği Ünite/Doktor :

Teşhis :

Operasyon :

Operasyon Tarihi :/...../.....

Pansuman : Var (Saatler.....) Yok

Kanama Takibi: Var Yok

Tansiyon :/.....

Hasta İle Transfer Edilen İlaçlar		
Oral İlaçlar	Parantral İlaçlar	Serumlar
Hasta İle Transfer Edilen Solusyonlar		
Solusyonlar	Saatte Giden Mayi Miktarı	Şişede Kalan Miktar
Hasta İle Transfer Edilen Drenaj Ve Tüpler		
Drenaj	Tüpler	
Diyet		
Sabah	Öğle	Aksam

AÇIKLAMA:

Teslim Eden Sağlık Personeli
İsim İmza

Teslim Alan Sağlık Personeli
İsim İmza