|  |  |
| --- | --- |
|  | **KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ****ACİL SERVİS**  |
| **AMBULANS NAKİL PROTOKOL FORMU** |
| Doküman No: AS.FR.10 | Yayın Tarihi :MART2019 | Revizyon No: | Revizyon Trh: | Sayfa: 1 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SıraNo | Tarih | ProtokolNo | **HASTA BİLGİLERİ** | **AMBULANS HAREKET BİLGİLERİ** |
| Adı | Soyadı | Yaşı | Araç PlakaNo | HastanedenHareket Saati | HastanınAlındığı Yer | HastanınBırakıldığı Yer | HastaneyeDönüş Saati | Görevli Personel(Adı/Soyadı/İmza) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HAZIRLAYAN | KONTROL EDEEN | ONAYLAYAN |
| ACİL SERVİS BÖLÜM SORUMLUSU | KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ | BAŞHEKİM |