|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AMBULANS VAKA FORMU** | | | |
| DÖKÜMAN KODU AMB.FR.06 | YAYIN TARİHİ 12.01.2018 | REVİZYON TARİHİ | REVİZYON NO | SAYFA 1/2 |

**TARİH:…./…./…….**

**NO…………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADI SOYADI :………………………………………………………………………………………………………..**  **YAŞI :…………………………………………………………………………… ………………………….**  **CİNSİYETİ : KADIN ERKEK**  **TC NO :…………………………………………………………………………………………………………**  **ADRESİ :……………………………………………………………………………**  **TELEFONU :……………………………………………………………………………………………………………**  **SAĞLIK SİGORTASI :……………………………………………………………………………………………………………**  **ÇAĞRI SAAT :…………………………………………………. VARIŞ SAATİ :………………......................** | | | | | | | | | | | | |
| **ALINDIĞI YER** **: EV** **HASTANE :……………………………………………………………………………**  **DİĞER** :……………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |
| ŞİKAYETİ : ……………………………………………………………………………………................................  KRONİK HASTALIKLAR :………………………………………………………ALERJİ :…………………………....................  KULLANDIĞI İLAÇLAR :……………………………………………………………………………………………………………………..................... | | | | | | | | | | | | |
| **VİTAL BULGULAR** | **ÖLÇÜM ZAMANI** | | | | | **PUPİLLER** | | **DERİ** | | | **SOLUNUM** | |
|  |  | |  |  | |  | |  | | |  | |
| TA (SİSTOLİK) |  | |  |  | | NORMAL |  | NORMAL | |  | RAHAT |  | |
| TA (DİASTOLİK) |  | |  |  | | MİYOTİK |  | SOLUK | |  | DERİN |  | |
| NABIZ/DAKİKA |  | |  |  | | MİDRİATİK |  | SİYANOTİK | |  | YÜZEYSEL |  | |
| SPO 2 |  | |  |  | | ANİZOKORİK |  | HİPEREMİK | |  | DÜZENSİZ |  | |
| SOLUNUM / DAKİKA |  | |  |  | | REAKS. YOK |  | İKTERİK | |  | DİSPNEİK |  | |
| ATEŞ |  | |  |  | | FİX DİLATE |  | TERLİ | |  | YOK |  | |
| **GLASGOW KOMA SKALASI (A+B+C=TOPLAM PUAN)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **MOTOR YANIT (A)** | | **SÖZLÜ YANIT (B)** | | | **GÖZ AÇMA (C)** | | | | **TOPLAM PUAN** | | | | | |
| Emre İtaat…………… (6) | | Şuur Tam Açık ……………. (5) | | | Spontan………………………….(4) | | | |  | | | | | |
| Ağrıyı Lokalize Etme……………………(5) | | Şuur Bulanık…………………. (4) | | | Sesle………………………………(3) | | | |
| Ağrıdan Kaçma………………...(4) | | Uygunsuz Kelimeler……….(3) | | | Ağrıyla……………………………(2) | | | |
| Fleksör Yanıt……… (3) | | Anlamsız Kelimeler ……….(2) | | | Yanıt Yok………………………..(1) | | | |
| Ekstansör Yanıt…….. (2) | | Yanıt Yok……………………….(1) | | |  | | | |
| Yanıt Yok ………….. (1) | |  | | | | | | |
| **EK BULGULAR :** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ÖN TANI :** | | | | | | | | | | | | | | |
| **AÇIKLAMALAR :** | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AMBULANS VAKA FORMU** | | | |
| DÖKÜMAN KODU AMB.FR.06 | YAYIN TARİHİ 12.01.2017 | REVİZYON TARİHİ | REVİZYON NO | SAYFA 2/2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CPR YAPAN :** | | | | | | | |
| BAŞLAMA ZAMANI :………/……/……..  BIRAKMA ZAMANI : ………/……/……..  BIRAKMA NEDENİ : ………/……/…….. | | | | | | | |
| **TEDAVİ :** **Hasta Tedaviyi Reddetti** | | | | | | | |
| **OKSİJEN TEDAVİSİ** | **DOLAŞIM** | **HAVAYOLU-VENTİLASYON** | | | **İMMOBİLİZASYON** | | |
| Nazal O2 Kanülü | Damar Yolu | Pozisyon | | | Boyunluk | | |
| Oksijen Maskesi | Monitörizasyon | Air Way | | | Vertebra Kiti | | |
| Hazneli O2 Maskesi | Defibrilasyon | Aspirasyon | | | Ekstremite Atel | | |
|  | Kalp Masajı | Balon-Valve-Maske | | | Kaşık Sedye | | |
| Kanama Kont. | Entübasyon | | | Omurga Tahtası | | |
|  | Mekanik Ventilasyon | | | Vakum | | |
|  | | | | | Traksiyon Alet | | |
| **HASTAYA KULLANILAN İLAÇLAR :** | | | | |
| **HASTAYA YAPILAN UYGULAMALAR** | | | | | | | |
| EVDE MUAYENE | | | | ŞEHİRLERARASI TRANSPORT | | | |
| YERİNDE MÜDAHALE | | | | EX (YERİNDE BIRAKILDI) | | | |
| HASTANEYE NAKİL | | | | GÖREV İPTALİ | | | |
| HASTANELER ARASI NAKİL | | | | BAŞKA ARAÇLA NAKİL | | | |
| TIBBİ TETKİK İÇİN NAKİL | | | | DİĞER………………………………………………………….  ……………………………………………………………………. | | | |
| EVE NAKİL | | | |
| **EK BİLGİLER** :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | |
| **HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAY** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **HASTA** | | | **HASTANIN YASAL TEMSİLCİSİ** | | | |
| ADI-SOYADI  İMZA | | | ADI-SOYADI  İMZA | | | |
| **DOKTOR** | | | **ATT/PARAMEDİK** | | | **HASTAYI TESLİM ALAN** |
| ADI-SOYADI  İMZA | | | ADI-SOYADI  İMZA | | | ADI-SOYADI  ÜNVANI :  İMZA |