



TRİAJ

H. Adı Soyadı: _____

Doktor: _____

Şikayeti: _____

TA: ____/____mmHg Nabız: ____ dk Ateş: ____ °C Triaaj Hemşiresi: ____/____/____ : ____



Hasta Adı Soyadı: _____
T.C Kimlik No: _____
GSS Provizyon No: _____
Hasta Grubu/Kurumu: _____

Arşiv No
Kabul/Yatış No
Doktor
Servis:
Dosya/ Bölüm Kayıt No : _____

Doğum Tarihi: _____
Cinsiyet: _____
Telefon: _____
Tarih: _____
Protokol No: _____

Adres: _____

Yakınma: _____

Öykü: _____

Özgeçmiş: Özellik yok Hipertansiyon Kalp Hastalığı
 Geçirilmiş Operasyonlar DM Diğer _____

Soygeçmiş: _____

Kullandığı İlaçlar: _____

Alışkanlıklar: _____

Alerji Öyküsü: Bilinen Yok Var _____

Ağrı: Ağrı Şiddeti: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ağrılı Bölge: _____
Ağrının Niteliği ve Süresi: _____

Genel Görünüm Özellik yok Soluk Siyanotik Hiperemik İkterik Terli Panik Diğer _____

TA: ____/____ mmHg Nabız: ____ dk Ateş: ____ °C Solunum: ____ dk

MUAYENE BULGULARI

Baş-Boyun;

Özellik yok

Solunum Sistemi;

Özellik yok Öksürük Balgam Nefes Darlığı
 Stridor Wheezing Ortopne Ağızdan kan gelmesi
 Diğer: _____

Kardiyovasküler Sistemi

Özellik yok Göğüs Ağrısı Çarpıntı Nefes Darlığı
 Senkop Siyanoz Ödem _____
 Diğer: _____

Batın;

Özellik yok Bulantı Kusma Refü Belirtisi
 Konstipasyon Diyare Kanlı Dışkı Rektal Kanama
 Karında şişlik Epigastrik Yanı -Ekşime
 Diğer: _____

Sinir Sistemi;

Şuur, Kuvvet, Duyu, Refleks, Diğer

Özellik yok

Ekstremiteler;

Özellik yok
 Eklem(ler)de şişlik; Yeri _____
 Eklem(ler)de kızarıklık; Yeri _____
 Bacak(ler)da ödem; Yeri _____
 Periferik nabız alınamaması; Yeri _____
 Güç kaybı; Yeri _____
 Diğer _____

Ürogenital Sistemi;

Özellik yok Hematüri Disüri
 Sık İdrar Yapma Zor İdrar Yapma
 Diğer: _____

Psikolojik Değerlendirme;

Özellik yok Sakin Endişeli
 Ölüm korkusu Var Korku/Tedirginlik Depresyona Yakın
 Diğer: _____

-Çocuk ihmal ve istismarı
-Adolesan gebeliği ve doğumu
-Cinsel-fiziksel istismar/taciz/şiddet
-Enest ilişki

Tıbbi Sosyal Hizmet Birimine
bilgi veriniz.
Adli Süreci başlatınız.

Diğer;

GLASKOW KOMA SKORU

Motor Yanıt
 (6) Emirlere uyuyor
 (5) Ağrıyı lokalize ediyor
 (4) Ağrılı uyarana fleksiyon ile cevap veriyor
 (3) Ağrılı uyarana anormal fleksiyon ile cevap veriyor
 (2) Ağrılı uyarana anormal extensör ile cevap veriyor
 (1) Ağrılı uyarana yanıt yok

Sözel (Verbal) Yanıt

(5) Oryante (yere, kişiye, zamana)
Gülümseme, ağlama (pediatrik)
 (4) Konfüze
 (3) Uygunsuz konuşma, basit sözcükler
Uygunsuz ağlama (pediatrik)
 (2) Anlamsız sesler,
İnleme (pediatrik)
 (1) Yanıt Yok

Göz Açma

(4) Hasta gözlerini spontan açar
 (3) Hasta gözlerini sesli uyararla açar
 (2) Hasta gözlerini ağrılı uyararla açar
 (1) Hasta gözlerini sesli ve ağrılı uyararla açmaz

Glaskow Koma Skoru Puanı: _____

8 ve altı (Anlamlı nörolojik hasar)
 9-12 (Orta derecede nörolojik hasar)
 13-14 (Hafif nörolojik hasar)
 15 İyi

Laboratuvar;

Görüntüleme;

TANI/LAR:

Konsültasyon İstemi 1; _____ Saat _____

Konsültan Hekim 1 Notu;

Tarih- Saat: ____/____/____ : ____
Soyadı Kaşe/İmza

Hekim Adı

Konsültasyon İstemi 2; _____ Saat _____

Konsültan Hekim 2 Notu;

Tarih- Saat: ____/____/____ : ____
Soyadı Kaşe/İmza

Hekim Adı

* Konsültasyon saatleri ile ilgili bilgileri "**Acil Servise Çağrılan Konsültan/İçapçı Hekimin Çağrılış ve Varış Saati Veri Toplama Formu**"na not ediniz.

TEDAVİ, BAKIM PLANI VE TAKİP

Tarih- Saat	Doktor Tedavi ve Takip İstemi Gözlem/Takip Bulguları ve Yapılan Müdahale	Doktor İmza Kaşe	Hemşire Tedavi Uygulama	Hemşire İmza Kaşe
Saat: ____ : ____	İlaç adı, dozu, zamanı, uygulama şekli okunaklı olarak doktor tarafından tarih, saat belirtilerek ve kaşe kullanılarak yazılacaktır.		İlacın uygulama şekli, dozu, zamanını belirtip imzalayınız. Gözlem odasına alınan hastaların için " Acil Servis Hasta Tanılama ve Takip Formu " kullanınız.	
Saat: ____ : ____				
Saat: ____ : ____				
Saat: ____ : ____				

Çıkış Saati: **Toplam Kalış Süresi:** (12 saatten uzun süre kalan hastaları "**Müşahede Odasında Yatan Hastaların Kalış Süreleri Veri Toplama Formu**"na not ediniz. *Gerektiğinde ilave devam formu kullanınız.

ÇIKIŞ NOTU-ÖNERİLER:

Saat: ____ : ____

SONUÇ:

Reçete Kontrol gelececek Tedaviyi ret -imza alınız- Yatış "Yatış Saati ve yatırıldığı servisi not ediniz; _____

Başka hastaneye transfer - Epikriz ve Sağlık Bakanlığı 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.

Acil Serviste Uygulanan Tedavi Genel Aydınlatılmış Onamı

Takibe alınan ve girişimsel işlem uygulanan hastalardan alınacak gerekirse "İşleme Özel Bilgilendirme ve Onam Formu" ayrıca ilave edilecektir.

Geçirilen acil durumun ve uygulanan tıbbi ve/veya cerrahi tedavinin ciddiyeti ve yöntemi ve uygulanan anestezi ile bağlantılı olarak akciğer enfeksiyonu akciğer alanlarında sönmeler/çökmeler/kapanmalar, kalp dolaşım ve ritim bozuklukları (kalp yetmezliği, kalp krizi, tansiyonda ani yükselme/düşme.), şuur bozuklukları, felç, bitkisel hayata girme ve ölüm, nadir olarak beyine ve akciğerlere pıhtı gitmesi sonucu ölümcül olabilen bacak ve kalça damarlarında ağrı ve şişlikle seyreden pıhtı oluşumu, koter kullanımına bağlı yanıklar ve ileti bozuklukları, cilt dezenfeksiyonu için kullanılan sıvılara bağlı alerjik reaksiyonlar ve gözün saydam tabakasında geçici/kalıcı hasarlar, yara iyileşmesinde gecikme gibi riskler gelişebilir. Bu riskler aşırı kilolu ve/veya sigara içenlerde, kalp-akciğer hastalığı olanlarda ve yaşlılarda daha yüksektir.

Hastanede yatmak bazı riskler içerebilir. Bu riskler hastane enfeksiyonlarını kapsamaktadır ve bunlar ölümcül olabilir. Tedavi için gerekli olduğunda damar yolu ile veya damar dışı yollardan ilaç/madde uygulanabilir. Nadir de olsa bu ilaç/maddeler ile ilgili reaksiyon gelişebilir. Önceden bilinmesi zor olabilen bu reaksiyonların tedavisi ileri tıbbi yaşam desteği dahil bazı müdahaleleri gerektirebilir. Tedavi süresince kan/kan ürünleri transfüzyonu (damardan kan verilmesi) gerekebilir. Transfüzyon nedeniyle oluşabilecek alerjik veya diğer reaksiyonlar ve kanla temas yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları hakkında "Kan Transfüzyonu Bilgilendirilmiş Onam Formu" ile size bilgilendirme yapılacaktır.

Tedavinin planlanması için gerekli olduğunda kan, vücut sıvıları, idrar vb. hastaya ait örnekler tetkik için alınabilir. Anestezi: Anestezi ve içerdiği riskler hakkında anestezi doktorundan ayrıntılı bilgi isteyiniz.

Okudum, anladım.

Hasta /hasta yakını (Yakınlık derecesi)
Adı- Soyadı, İmza:
Tarih-Saat

Hastaya ve/veya yakınlarına hastanın tıbbi durumunu, tedavi ihtiyacını, işlemin risklerini ve olası sonuçları açıkladım.

Doktor Adı Soyadı, İmza:
Tarih-Saat

"Acil Servis Hasta Formu" ve ekleri nöbetçi memur tarafından HBS icmal listesine göre sıralanıp klasörlerin ve imza karşılığı devir teslimleri yapılır.