

HASTA TRANSFERİ



HASTA TRANSFERİ

- Hasta tetkik ve tedavi nedeni ile bulunduğu servis dışına çıkacak ise sağlık çalışanı eşliğinde götürülür.
- Doğru hastanın transferinin sağlanmasında Hasta kimlik Tanımlanması'na dikkat edilir.
- Taşıma sırasında hasta sürekli gözlenir.
- Transferden önce bakımın devamını sağlayacak cihaz ve aletlerin kullanılabilirliği kontrol edilir.



- Hemşire, personel ile birlikte hastanın yanına giderek, hasta anlayabilecek durumda ise yapılacak işlem hakkında hastayı bilgilendirir, gerekliliğini (neden ve niçin transfer edileceğini) anlatır ve işbirliği sağlar.
- Hastanın transfer öncesi gideceği birimdeki işlemle ilgili hazırlıkları tamamlanır.



- Hasta, düzenli, planlı ve telaşsız bir şekilde transfer edilmelidir.
- Hemşire ve personel bulaşıcı hastalığı olan hastanın transferinde bulaşıcı hastalığın bulaşma yoluna göre önlem alır. (Eldiven, Maske, Önlük giyme vs.) Kullanılan malzemeler tek kullanımlık olmalıdır.



- Bebek ve çocukların taşınmasında ebeveynlerinden birinin yanında olmasında yarar vardır.
- Hareket kısıtlılığı olan hastalar hareket ettirilmeden uygun pozisyonda transfer edilir.



- Diyaliz hastaları uygun araçta (otomatik kapılı, ek merdiven basamağı olan vs.) transfer edilir.
- Ajite ve saldırgan olan hastalar transfer edilirken personel sayısı arttırılır.



- Hasta hastane içinde başka bir kliniğe transfer edilecekse hemşire ilgili klinik hemşiresini, transfer öncesi telefonla arayıp bilgilendirir, ilgili formu doldurur.





HBH.FR.06

YAYIN TARİHİ: 19.09.2019

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ: 00

SAYFA NO: 1/1

Cihaz ve Ekipmanı: Ventilatör () Monitör () O2 Tüpü () Entübasyon Seti () Acil İlaç Çantası () Diğer ()

Hastanın Adı Soyadı:	Tarih:	Saat:
Protokol No:	Ayrıldığı Ünite:	
Cinsiyeti: Yaş:	Geldiği Ünite:	
Hastanın Tanısı:	Hastanın Doktoru:	
Geçirdiği Ameliyat:	Ameliyat Tarihi:	
Hastanın Transfer şekli:	Tekerlekli Sandalye ()	Sedye () Diğer...
TRANSFER ESNASINDA İNFÜZE EDİLEN SOLÜSYONLAR		
SIVILAR / eklenen ilaçlar	SAATTE GİDEN SIVI MİKTARI	KALAN SIVI MİKTARI
İNSİZYON BÖLGESİ:		

HASTA İLE TRANSFER EDİLEN İLAÇLAR

ORAL İLAÇLAR	PARANTERAL İLAÇLAR	NOTLAR

HASTA İLE TRANSFER EDİLEN PROTEZLER

- Diş Protezi Ortopedik Protezler Diğer

DRENAJ VE TÜPLER

Hemoroid Dren	Ng Sondası	Foley Kateter	Toraks Tüpü	Diğer
Pansuman Var ()	Yok ()	Pansuman Bölgesi:		
DIYET	SABAH	ÖĞLE	AKŞAM	
HASTA YETERLİLİĞİ	BAĞIMLI	YARI BAĞIMLI	BAĞIMSIZ	
HASTA İZOLASYONU	TEMAS İZOLASYONU 	SOLUNUM İZOLASYONU 	DAMLACIK İZOLASYONU 	

NOT:

Hastayı Teslim Alan Hemşire
İmzaHastayı Teslim Eden Hemşire
İmza

AML.FR.03

YAYIN TARİHİ: 19.09.2019

REVİZYON NO: 00

REVİZYON TARİHİ: 00

SAYFA NO: 1/1

KLİNİKTE AMELİYATHANEYE TRANSFER				AMELİYATHANEDEN KLİNİĞE TRANSFER			
Hasta Adı Soyadı		Tanı		Hasta Adı Soyadı		Tanı	
Cinsiyet/Yaş		Klinik		Cinsiyet/Yaş		Klinik	
Tarih/Saat		Kan Grubu		Tarih/Saat			
Ameliyat Bölgesi Taraf/İşaret				Ameliyat Bölgesi Taraf/İşaret			
TRANSFER NOTLARI				TRANSFER NOTLARI			
VİTAL BULGULAR Tarih/Saat:	Ateş: _____ Nabız: _____	Tansiyon: _____ Solunum: _____	BİLİNÇ DURUMU <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Konfüze <input type="checkbox"/> Kapalı	VİTAL BULGULAR Tarih/Saat:	Ateş: _____ Nabız: _____	Tansiyon: _____ Solunum: _____	BİLİNÇ DURUMU Saat: _____ <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Konfüze <input type="checkbox"/> Kapalı
Alerjileri: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Kronik Hastalıkları: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var							
İşitme Bozukluğu: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var							
Görme Bozukluğu: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Kan Şekeri:							
Hastanın eliza sonuçlarından pozitif olan var mı? <input type="checkbox"/> HBSag <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV							
İNVAZİV GİRİŞİMLER	KONTROL VE DİKKAT EDİNİZ			İNVAZİV GİRİŞİMLER	KONTROL VE DİKKAT EDİNİZ		
	YOK:	DREN:			YOK:	DREN:	
	IV KATATER:	NAZOGASTRİK TUP:			IV KATATER:	NAZOGASTRİK TUP:	
	SANTRAL KATATER:	ÜRİNER KATATER:			SANTRAL KATATER:	ÜRİNER KATATER:	
	GÖĞÜS TÜPÜ:	DİĞER:			GÖĞÜS TÜPÜ:	DİĞER:	
HASTAYA BİRİMDE UYGULANAN TEDAVİLER	İLAC			DEVAM ETMEKTE OLAN PERFÜZYON VE TEDAVİLER	İLAC		
	DOZU				DOZU		
	SAATI				SAATI		
DEVAM ETMEKTE OLAN PERFÜZYON VE TEDAVİLER							
HASTA İLE VERİLEN EKİPMAN/EŞYA	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	ADI	HASTA İLE VERİLEN EKİPMAN/EŞYA	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	ADI
TESLİM EDİLEN EVRAK	<input type="checkbox"/> Hasta Dosyası <input type="checkbox"/> Tetkikler <input type="checkbox"/> Diğer			TESLİM EDİLEN EVRAK	<input type="checkbox"/> Hasta Dosyası <input type="checkbox"/> Tetkikler <input type="checkbox"/> Diğer		
<input type="checkbox"/> Hastanın güvenli olarak sedyeye alınması sağlandı. <input type="checkbox"/> Hastanın Premedikasyon odasına güvenli teslimi sağlandı				<input type="checkbox"/> Hastanın güvenli olarak sedyeye alınması sağlandı. <input type="checkbox"/> Hastanın Ameliyathaneye güvenli teslimi sağlandı			
Hastayı Teslim Eden Klinik Hemşiresi		Hastayı Teslim Alan Anestezi Teknisyeni		Hastayı Teslim Eden Anestezi Teknisyeni		Hastayı Teslim Eden Klinik Hemşiresi	

GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARI

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hastanın;

- Kimlik Bilgileri
 Ameliyatı
 Ameliyat bölgesi doğrulandı

2. Hastanın rızası kontrol edildi mi?

- Evet

3. Hasta aç mı?

- Evet Hayır.....

4. Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?

- Evet Hayır.....

5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?

- Evet..... Hayır.....

6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?

- Evet Hayır.....

7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?

- Lavman Mesane Kateterizasyonu
 Varis çorabı Özel Tedavi protokolü
 Diğer Hayır

8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?

- Evet Hayır.....

9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?

- Evet

Liste Sorumlusu:

Ad-Soyad, İmza

II. Anestezi Verilmeden Önce

10. Hastanın kendisinden

- Kimlik bilgileri
 Ameliyatı
 Ameliyat bölgesi
 Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası Doğrulandı.

11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?

- Var İşaretlenme Uygulanamaz

12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?

- Evet

13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?

- Evet

Hastanın Risk Değerlendirmesi

14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?

- Yok Var

15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?

- Yok Var

16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?

- Yok
 Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu:

Ad-Soyad, İmza

III. Ameliyat Kesisinden Önce

17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?

- Evet

18. Ekipten bir kişi, sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?

- Evet

19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?

- Tahmini ameliyat süresi
 Beklenen kan kaybı
 Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar
 Olası anestezi riskleri
 Hastanın pozisyonu

20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?

- Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı
 Kullanılmaz

21. Kullanılacak malzemeler hazır mı?

- Evet Hayır

22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?

- Evet Hayır

23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?

- Evet Hayır

24. Antikoagülan kullanımı var mı?

- Evet Hayır

25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?

- Evet Hayır

Liste Sorumlusu:

Ad-Soyad, İmza

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak

- Hasta,
 Yapılan ameliyat,
 Ameliyat bölgesi, teyit edildi.

27. Alet, spanc/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?

- Evet/Tam Hayır

28. Hastadan alınan numune etiketinde

- Hastanın adı doğru yazılı
 Numunenin alındığı bölge yazılı

29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?

Anestezistin önerileri:

Cerrahin önerileri:

30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?

- Evet

Liste Sorumlusu:

Ad-Soyad, İmza

TEŐEKKÜRLER

