



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANKARA  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMLİĞİ  
HAVA AMBULANS OPERASYON BİLGİ FORMU  
(4010 YER EKİBİ)**

Döküman No: AS.FR.07	Yayın Tarihi: 19.06.2014	Revizyon Tarihi: 30.05.2019	Revizyon No: 03	Sayfa No: 01
TARİH-KUYRUK NO				
TALİMATI VEREN	Başhekimlik:	Sağlık Bakanlığı:		
VAKA ADI/VATANDAŞLIK DURUMU				
VAKA CİNSİYETİ/VAKA YAŞI				
ÖN TANI/KLİNİĞİ				
HASTANIN SEVK NEDENİ				
NAKLİ TALEP EDEN KURUM VE DR. ADI				
VAKAYI KABUL EDEN KURUM VE DR.ADI				
NAKİL ŞEKLİ (KÜVÖZ-VENTİLATÖR-ENTÜBE)				
HASTANIN ALINDIĞI YER (İL-İLÇE-HASTANE)				
HASTANIN ALINDIĞI İNİŞ ALANI VEYA HAVA ALANI				
HASTANIN NAKLEDİLDİĞİ YER (İL-İLÇE-HASTANE)				
HASTANIN NAKLEDİLDİĞİ YERDEKİ İNİŞ ALANI - HAVA ALANI				
VAKAYA ÇIKAN PERSONEL LİSTESİ				
HAVA AMBULANS KALKIŞ SAATİ				
HAVA AMBULANS İNİŞ SAATİ				
VAKA İPTAL İSE NEDENİ				
UÇUŞ SÜRESİ TOPLAM (GİDİŞ-DÖNÜŞ AYRI YAZILACAK)				
<b>FORMU DÜZENLEYEN AD-SOYAD</b>				