	ANKARA 112 İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMLİĞİ **KOMUTA KONTROL MERKEZİ** **OLAĞANDIŞI DURUM RAPORU** **FORM (B)**			
Doküman No: KKM.FR.05	Yayın Tarihi: 15.12.2009	Revizyon Tarihi: 30.09.2015	Revizyon No: 05	Sayfa No: 01

Olayın Oluş Tarih ve Saati:	Bildiriliş Şekli:
Olay Adresi:	Olayı Bildiren Kişi / Kuruluş:
Triaj ekibi:	Olay Yeri Yönetim Ekibi:
Olay Özeti:	

HASTANELERE NAKLEDİLEN YARALILAR

Sıra No:	112 PROTOKOL NO	*TC KİMLİK NO / UYRUĞU - PASAPORT NO	HASTA ADI SOYADI	YAŞI	CİNSİ YETİ	ÖNTANI / GENEL DURUM	NAKLEDEN İSTASYON (İstasyon Kodu / Adı)	NAKLEDİLDİĞİ HASTANE	**REFAKATÇİ SAYISI AD-SOYAD-YAKINLIĞI	HASTANIN SON DURUMU (Yataklı Ted. Hizm. Şb. Tarafından doldurulacaktır.
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

OLAY YERİNDE BIRAKILAN EX VAKALAR

Sıra No:	112 PROT. NO	*TC KİMLİK NO / UYRUĞU PSP. NO	HASTA ADI SOYADI	YAŞI	CİNSİ YETİ	EŞGAL (Hasta bilgilerine ulaşılamadığı	TESPİT EDİLEBİLEN ÖN TANI	EX KARARI VEREN EKİP
1								
2								
3								

* Formun tamamlanması için T.C. Kimlik Numaralarının tamalanması beklenmeyecektir.
** Refatatçi bilgileri özellikle yurtdışından gelen çoklu vaka nakillerinde alınacak diğer durumlarda zorunlu değildir.
Bu form olayın bildiriminden itibaren 60-90 dakika içinde hazırlanarak Başhekim bilgisi dahilinde Sağlık Bakanlığı ve Valilik Kriz Merkezlerine iletilecektir.

NAKLEDİLEN YARALILARIN HASTANELERE DAĞILIMI			Bilgilendirilen Yetkililer		Bilgilendirilen Hastaneler		Bilgilendirilen / İşbirliği Yapılan Kuruluşlar	
HASTANE ADI	YARALI	NAKLEDEN EKİPLER						
			Saat:		Saat:		Saat:	
			Saat:		Saat:		Saat:	
			Saat:		Saat:		Saat:	
			Saat:		Saat:		Saat:	
			Saat:		Saat:		Saat:	
			Saat:		Saat:		Saat:	
			Saat:		Saat:		Saat:	
			Saat:		Saat:		Saat:	

KKM SORUMLU HEKİMİ	KKM NÖBETÇİ HEKİMİ		
			Formun Doldurulduğu Tarih: Saat: