

NÖBET DEFTERİ TEKNİK ŞARTNAMESİDİR

- 1- Basımı yapılacak olan Nöbet Defteri beyaz birinci hamur kağıdına bastırılmalıdır.
- 2- Nöbet Defterinin dış kaplaması kalın mukavadan ve siyah vinleks malzemedен kaplanmış olmalıdır.
- 3- A4 kağıt üzerinde yapılacak olan basım dikey olacaktır.
- 4-Nöbet Defterinin tamamı 185 sayfa olmalıdır. Sayfalar arkalı önlü basılmalı ve sayfa numarası verilmelidir.
- 5-Basımı yapılacak olan defterlere ait numune bilgileri İl Ambulans Servisi Başhekimliğinden, basım öncesi alınacaktır.
- 6 -Yüklenici firma Basımı yapılacak olan defterin basım öncesi, İl Ambulans Servisi Başhekimliğine örnek teşkil etmek amacıyla 1 (bir) adet numune gönderecektir.Başhekimlik numune değerlendirmesi sonrası, onay verdikten sonra basım yapılacaktır.
- 7-Komisyonda teslimi yapılacak olan nöbet defteri şartnameye uygun değilse teslim alınmayarak yüklenici firmaya iade edilecektir.

BAŞKAN

Elif ÇAKIR




ÜYE

Selma DEMİRÇİ



ÜYE

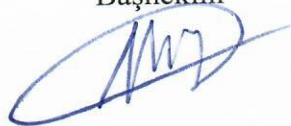
Mehmet Ali KALKAN



ONAYLAYAN

Ali Doğan CESUR

Başhekim



NÖBET AÇIKLAMA

A-KONTROL LİSTESİ

EVET

HAYIR

İstasyon sabit telsiz ve el telsizi çalışır durumda mı?

İstasyon elektrikli cihazlar aktif çalışır durumda mı?(fax,bilgisayar vb.)

İstasyon günlük temizliği yapılmış mı?

İstasyon gelen-giden evrak ve tebliğ belge kontrolü yapıldı mı?

B-İSTASYON YANGIN SÖNDÜRÜCÜ KONTROL BÖLÜMÜ

SERİ NUMARASI

BASINÇ

AĞIRLIK

DOLUM TARİHİ

C-ISI-NEM KONTROL BÖLÜMÜ

D-OKSİJEN TÜPLERİ KONTROL VE TESLİM BÖLÜMÜ

SAAT

ISI

NEM

AMBULANS

İSTASYON YEDEK

09:00

SABİT

PORTATİF

21:00

SAĞ

SOL

ÇANTA

VENT.

E-YEŞİLVE KIRMIZI REÇETEYE TABİ İLAÇ KULLANIM VE DEVİR BÖLÜMÜ

HASTA ADI
SOYADIUYGULANAN İLAÇ VE
MİKTARI

ELDE KALAN İLAÇ MİKTARI

İLAÇLAR

Diazem

Morfin

Aldolan

Contromal

Akineteon

Dormicum

Largactil

Norodol

DEPO

AMBULANS

ZAYİ OLAN

TOPLAM

F-NÖBET DEVİR TESLİM BÖLÜMÜ

NÖBETİ TESLİM EDEN EKİP

NÖBETİ TESLİM ALAN EKİP

PERSONEL ADI

İMZA

PERSONEL ADI

İMZA

1.NÖBETÇİ

2.NÖBETÇİ

3.NÖBETÇİ

DİĞER

DİĞER

1.NÖBETÇİ

2.NÖBETÇİ

3.NÖBETÇİ

DİĞER

DİĞER



AĞRI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMLİĞİ
NÖBET TESLİM DEFTERİ

NARKOTİK VE PSİKOTROP İLAÇ TAKİP DEFTERİ TEKNİK ŞARTNAMESİ

- Basım yapılacak olan narkotik ve psikotrop ilaç takip defteri beyaz ve birinci hamur kâğıdına bastırılmalıdır.
- Narkotik ve psikotrop ilaç takip defterinin dış kaplaması kalın mukavvadan ve siyah vilneks malzemedan kaplanmış olmalıdır.
- Narkotik ve psikotrop ilaç takip defterinin tamamı 185 yaprak olmalıdır. Sayfalar arkalı önlü basılmalı ve sayfa numaraları görülebilir olmalıdır.
- Narkotik ve psikotrop ilaç takip defterinin basımı yatay olacak şekilde yapılmalıdır
- Komisyonca teslimi yapılacak olan narkotik ve psikotrop ilaç takip defteri şartnameye uygun değilse teslim alınmayarak yüklenici firmaya teslim edilecektir.

NOT: Basımı yapılacak olan defterin ihalesini alan yüklenici firma, basım işlemlerini yapmadan önce örnek teşkil etmek amacıyla 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliğinden gerekli bilgileri alacaktır.

BAŞKAN

Elif ÇAKIR
Kalite Birim Sorumlusu



ÜYE

Selma DEMİRCİ
Kalite Birim Personeli



ÜYE

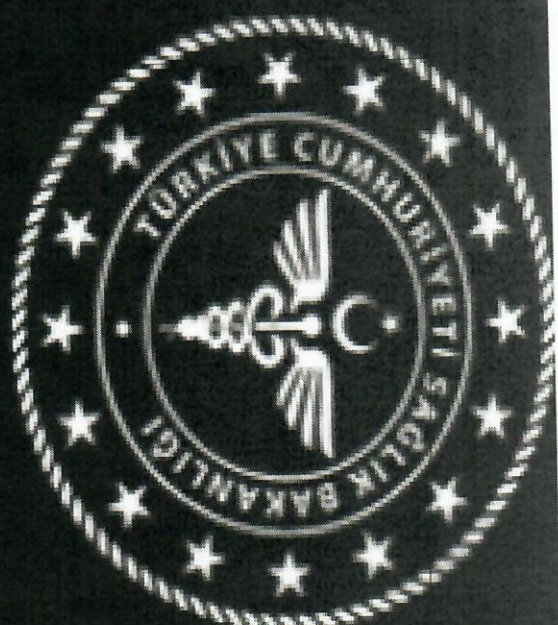
Mehmet Ali KALKAN
Bilgi İşlem Sorumlusu



ONAYLAYAN

Ali Doğan CESUR

Başhekim



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

SAĞLIK BAKANLIĞI

AĞRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**AĞRI İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMLİĞİ NARKOTİK VE
PSIKOTROP İLAÇ DEVİR – TESLİM DEFTERİ**

TEKNİK ŞARTNAME

Vaka Formu

1. 1 adet vaka formu 3 nüshadan oluşmalıdır.
2. 1.nüsha Beyaz, 2.nüsha Pembe, 3.nüsha Sarı renkte olmalıdır.
3. Kullanılacak kağıt ilk iki nüsha(Beyaz ve Pembe) otokopili olmalıdır.En alttaki nüsha(Sarı) otokopisiz olacaktır.
4. Vaka formları örnekteki ebatlarda olmalıdır.
5. Form içeriği yüklenici firmaya İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından verilecektir.
6. Yazı ve karakterler okunaklı olmalıdır, örnek formda belirtilen renk seçenekleri kullanılmalıdır.
7. Basım yapılacak formlar seri numaralı olacaktır. Seri numaraları ilk formdan son forma kadar seri olarak devam etmelidir.
8. Her 3 nüshanın seri numarası aynı olacak şekilde basım yapılmalıdır.
9. Vaka formu Seri No:500001 ile başlayıp 501500 ile bitmek üzere toplam 1500(binbeşyüz) cilt defter teslim edilecektir.Belirtilen numaralar her formda sağ üstte "ATN" olarak belirtilen yere 3 sayfada bir seri olmak üzere yazılmalıdır.
10. Vaka formları 50 adet (her biri 3 nüsha) halinde, kolay ayrılabilir malzemeden birbirine yapıştırılmış şekilde koçan halinde olmalıdır.
12. Her koçanla beraber "FORM DOLDURULURKEN DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR" notu ilk kapak kartonunun iç yüzünde basılı olmalıdır.
13. Her koçan arkalı önlü karton kapaklı olmalıdır.
14. Yüklenici firma tarafından 1 adet örnek koçan hazırlanmalı ve başhekimliğimizin onayına sunulmalıdır.
15. Seri üretime Başhekimliğin onayından sonra geçmelidir.
16. İl Ambulans Servisi Başhekimliği Ayniyat Depoya teslim edilecektir.Takibini Kalite birimi yapacaktır.
17. Formlarda basım hatası olmamalı, olması halinde yüklenici firma tarafından yenisi ile değiştirilmelidir.

FORM DOLDURULURKEN DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- *HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİNİ MÜMKÜN OLDUĞUNCA HASTANIN KİMLİĞİNDEN YADA PASAPORTUNDAN ALINIZ.
- *HASTA İÇİN YAPILAN YOL KM BİLGİSİNİ MUTLAKA FORM ÜZERİNDE YAZINIZ.
- *FORM ÜZERİNDEKİ BİLGİLERİ EKSİKSİZ DOLDURUNUZ.
- *FORMDAKİ BİLGİLERLE SİSTEME KAYIT YAPILAN BİLGİLERİN AYNI OLMASINA DİKKAT EDİNİZ.
- *HASTANEYE NAKLEDİLEN HASTALARIN VAKA FORMLARINDAN PEMBE NÜSHALARI BİLGİLERİ TAM BİR ŞEKİLDE HASTANEYE TESLİM EDİNİZ.
- *FORM DOLDURULURKEN ALT NÜSHALARIN KAYDIRILMAMASINA VE YAZILANLARIN ALT NÜSHALARA ÇIKMASINA DİKKAT EDİNİZ.
- *PROTOKOL, SAĞLIK TEDBİRİ GİBİ GÖREVLENDİRMELERDE GÖREVİN NE OLDUĞUNU AÇIKLAMALAR KISMINA AÇIK BİR ŞEKİLDE MUTLAKA YAZINIZ.
- *HASTAYA I.V, I.M S.C VEYA ORAL YOLDAN İLAÇ VEYA SIVI UYGULAMIŞSANIZ "İLAÇLI MÜDAHALE" İŞLEMİNİ MUTLAKA İŞARETLEYİNİZ.
- *VAKAYA ÇIKAN PERSONEL BİLGİLERİNİ VE İMZA SİRKÜLLERİNİ(EKİP, TESLİM ALAN DOKTOR) EKSİKSİZ DOLDURUNUZ.
- *VAKA DÖNÜŞÜ FORMLARI TARATARAK SİSTEME YÜKLEYİNİZ.
- *VAKA İLE İLGİLİ BİR TUTANAK İŞLEMİ İÇİN BEYAZ NÜSHANIN ARKA YÜZÜNÜ KULLANARAK İMZA ALTINA ALIP YİNE TARATARAK SİSTEME YÜKLEYİNİZ.

PROTOKOL NO	SAATLER	T.C SAĞLIK BAKANLIĞI	 SAĞLIK KURUMLARI I NOLU DÖNER SERMAYE SAYMANLIĞI ÜCRET TAHAKKUKUNA ESAS FİŞ	 II. AMBULANS SERVİSİ BAŞKİMLİLİĞİ		AMBULANS KAYIT FORMU	
TARİHİ	VAKA VERİŞİ	AD-SOYAD		CİNSİYET		E		K	
ISTASYON ADI	OLAY YERİ VARIS	TC NO / PASAPORT NO		TEL NO		YAS		ANNE ADI	
ARAC PLAKA	HASTAYA VARIS	BABA ADI		ADLI VAKA		UYRUĞU		TÜRİST HASTA	
VAKA ÇIKIŞ KM	OLAY YERİ AYRILIŞ	BABA ADI		ADLI VAKA		UYRUĞU		TÜRİST HASTA	
VAKA VARIS KM	HASTANESİNE VARIS	BABA ADI		ADLI VAKA		UYRUĞU		TÜRİST HASTA	
HASTANESİNE VARIS KM	HASTANEDEN AYRILIŞ	BABA ADI		ADLI VAKA		UYRUĞU		TÜRİST HASTA	
ISTASYONA DÖNÜŞ KM	ISTASYONA DÖNÜŞ	BABA ADI		ADLI VAKA		UYRUĞU		TÜRİST HASTA	

MOZOR	VERİHAL	GOZACMA	BULGU	APGAR SKORLARI	İNİME SKORLARI	ALERJİ DEĞERLENDİRMESİ
Emre İlaç	6	Oriezole	0	0	F	Y İZLE AYIYIYI
Ağrıya Lokalize Et	5	Konfizol	1	1	A	VAR
Ağrıdan Kaçınma	4	Uygunuz Sözer	2	2	A	YOK
Ekstremler Yanıt	3	Antarmuz Sözer	3	3	A	ACIKLAMALAR
Ekstremler Yanıt	2	Yanıt Yok	4	4	A	
Yanıt Yok	1	Yanıt Yok	5	5	A	

KKM ÖN TANI:	SAAT	NABİZ SAYISI	KAN BASINCI	SpO2	KAN ŞEKERİ	SOLUNUM SAYISI	ATES
1		/dk	/mmHg	%	mg/dl	/dk	°C
2		/dk	/mmHg	%	mg/dl	/dk	°C
3		/dk	/mmHg	%	mg/dl	/dk	°C
4		/dk	/mmHg	%	mg/dl	/dk	°C
5		/dk	/mmHg	%	mg/dl	/dk	°C

BAVAYOLU SÖLÜNEM DİSTEĞİ	DİĞER İŞLEMLER	İNİMLER	DOĞUM DİSTEĞİ
Hava Yolu Desteği (Maske, BVM, LAW)	Kan Şekeri Ölçümü	Hipotermi Battanisi	Normal Doğum
Endotrakeal Entübasyon	Pansuman (K) - (B)	Burun Tamponu	Komplikasyon Doğum
LMA / Combi Tüp Uygulama	Yanık Pansumanı (K) - (B)	Ringer Laktat	Çablu Doğum
Non invaziv mekanik ventilasyon uygulaması (cpap, hpap)	Mesane Sondası Takılması		Yeni Doğum
İnvaziv Mekanik Ventilasyon	External Pace Uygulama		Yeni Doğum (M-IV)
Nebülizatör İle İlaç Uygulama			Ambulansta Doğum
Aspirasyon Uygulama			Eylem Doğum
Oksijen İnhalyasyon Tedavisi			

UYGULANAN İLAÇ ADI	DOZU / YOLU	UYGULAMA ZAMANI	UYGULAMA SÜRESİ	UYGULAYAN KİŞİ	KKM ONAYI	İŞLEM	DOĞUM İŞLEMİ
						Sirt Tahtası Uygulama	Normal Doğum
						Vakum Sedyeye	Komplikasyon Doğum
						Bacak Atel (B) Adet (K)	Çablu Doğum
						Kol Atel (B) Adet (K)	Yeni Doğum
						Pelvis Kemeri Uygulama	Yeni Doğum (M-IV)
						Traksiyon Atel Uygulama	Ambulansta Doğum
						Traksiyon Yeleği Uygulama	Eylem Doğum
						Elastik Bandaj (Veleto)	
						Vakum Atel Uygulama	

İLAC ADI	CİNSİ	ADET	İLAC ADI	CİNSİ	ADET
Adrenalin Amp.	0.5/1 mg		Parasetamol Tb.		
Antiemetik Amp.			Diazepam Amp.	0.5/1 mg	
Antihistaminik Amp.			Diazepam Rektal Tüp	0.5/1 mg	
Asitil salisilik Asit Tb.	100/300		Amiodaron Amp.		
Atropin Amp.	0.5/1 mg		Kalsiyum Amp.		
Beta Bloker Amp.			Dopamin 200 mg Amp.		
Deksametazon Amp.			Flumazenil Amp.		
Diltiazem 25 mg Amnol			Proton Pompası İnhibitörü		
Parasetamol Diüretik Amp.			Kortikosteroid Amp.		
İsorbide Dinitrat 5 mg Tb.			Salbutamol+İpratropium Bromür		
Kapril - Kançoril Tb.	25/50 mg		Aktif Karbon Süspansiyonu		
Deksketoprofen Amp.					

HASTA ONAMI	BİLDİRİ ONAYI	BİZE ÖNERİ
Sağlık durumu, sağlığımla ilgili riskler, sağlık kuruluşuna teslim edilme sürecinde oluşabilecek kaza ve diğer travma olasılıkları, yapılması planlanan her türlü acil tıbbi müdahale - uygulanması gereken tedavi ve tedaviden doğabilecek yan etkiler ve sonuçları konusunda, ambulansla gelen sağlık görevlisi tarafından anlatılacağı şekilde ve ayrıntılı olarak bilgilendirildim.	Tedaviyi ve naklimi kabul edip kalem hizmet aldım. Kıymetli eşyalarımı aldım. Hasta/Yakını Adı Soyadı: İmza:	Bana sunulan sağlık hizmetini / tedaviyi ve / veya hastaneye naklimi, hizmetim almadığımda ölüm dahil içerdiği tüm hayatı riskler konusunda sağlık görevlisi tarafından bilgilendirilmiş olarak, sebebiyle, herhangi bir etki altında kalmadan kendi isteğimle kabul etmiyorum. Hasta/Yakını Adı Soyadı: İmza:

REFAKATÇI ONAYI	SÖZÜCÜ	NAKLEDİLEN HASTANE
Hastanın ambulans ile nakli sırasında ambulansla bulunmamın tarafım için olumsuz sonuçlar doğurabileceği, meydana gelebilecek bir kazadan ve buna bağlı olarak ortaya çıkabilecek hukuki sorunlardan etkilenebileceğim konusunda ambulans personeli tarafından ayrıntılı olarak bilgilendirildim. Ambulansa binmem durumunda ortaya çıkabilecek olası riskleri ve hukuki sorunları anladım. Buna rağmen hastanın ambulansla nakli sırasında, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 40. maddesinde belirtilen Refakatçi kapsamında olmak üzere, kendi hür irademle Ambulansta hastama refakatçi olarak bulunmayı, nakil sırasında ortaya çıkabilecek her türlü hukuksal sorunla ilgili maddi, manevi ve hukuki tüm sorumlulukların şahsıma ait olduğunu kabul ediyorum.	Nakil - Hastaneye Nakil - Hastaneden Nakil - Diğer Nakil - Eve	Yerinde Mtd. Ex Görev İptal

HASTA İNİNENJANİ YERİ	
KKM ile görüşüldü	KKM Sorumlu Hekimi:
Hastane Yetkilileri inşadan imtina etmiştir.	Kurum / Hastane Adı:
Hekimin Adı Soyadı:	Hekim Kaşe - İmza:

AMBULANS PERSONELİNİN ADI	İMZA	HASTAYI TESLİM ALANIN
Ekip Sorumlusu	Adı Soyadı:	
Sağlık Personeli	Unvanı	
Sürücü		
Vakaya Eşlik Eden Kurum Personeli	ADISOYADIKURUM/GÖREVİ	

Araç görev emri yerine geçer. 1.Nüsha (Bu nüsha döner sermaye işlemlerinde ASOS vaka formu ile birlikte değerlendirilecektir.)