

BURSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

RİSKLİ GEBE SEVK FORMU

Hasta Adı Soyadı :	T.C. Kimlik No :	Yaşı :	
Sevk Edildiği Yer :	Sevk Nedeni :	Risk Durumu :	
Adres :			
Sevk Sırasındaki Bulgular			
Nabız :	Kan Basıncı :	Vücut Isısı :	
Solunum Hızı :	Uygulanan Tedavi ve Verilen İlaçlar :		
Tanı :	Doktor :		
Açıklama :	İmza – Tarih :		
GERİ BİLDİRİM NOTU			
Nabız :	Kan Basıncı :	USG :	Vücut Isısı:
Solunum Hızı :	NST :	Tanı :	
Uygulanan Tedavi ve Verilen İlaçlar :			
Öneriler :			
Kontrol Tarihi :			
Doktorun Adı ve Soyadı :			
İmza – Tarih :			