

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

**AMPUTE VÜCUT PARÇASI NAKİL TUTANAĞI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hastanın** | | **Ampute Parça Tanımı** |
| **Adı** |  |  |
| **Soyadı** |  |
| **TCKNo** |  |

|  |
| --- |
| .../…/…… tarihli operasyon için nakli gerçekleştirilen ……. (……..) adet ampute vücut parçalarına ilişkin tutanaktır. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sevk Veren Hastane Teslim Bilgileri** | | | |
| **Hastane Adı** |  | | |
| **Teslim Tarihi** | **……/…../……..** | **Teslim Saati** | **…..:……** |
| Yukarıda bilgileri yazılı hastaya ait nakli gerçekleştirilecek vücut parçaları **tarafımdan görülmüş** ve uygun koşullarda teslim edilmiştir. | | Yukarıda bilgileri yazılı hastaya ait nakli gerçekleştirilecek vücut parçaları **tarafımdan görülmüş** ve uygun koşullarda teslim alınmıştır. | |
| **Teslim Eden Hekim**  (Ad Soyad Kaşe İmza) |  | **Teslim Alan Ekip Sor.**  (Ad Soyad İmza) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sevk Alan Hastane Teslim Bilgileri** | | | |
| **Hastane Adı** |  | | |
| **Teslim Tarihi** | **……/…../……..** | **Teslim Saati** | **…..:……** |
| Yukarıda bilgileri yazılı hastaya ait nakli gerçekleştirilecek vücut parçaları **tarafımdan görülmüş** ve uygun koşullarda teslim edilmiştir. | | Yukarıda bilgileri yazılı hastaya ait nakli gerçekleştirilecek vücut parçaları **tarafımdan görülmüş** ve uygun koşullarda teslim alınmıştır. | |
| **Teslim Eden Ekip Sor.**  (Ad Soyad İmza) |  | **Teslim Alan Hekim**  (Ad Soyad Kaşe İmza) |  |