

**AMBULANS OLARAK KULLANILACAK ARAÇLARIN
TAŞIT OLARAK ÖZELLİKLERİ**

- a) Araçlar, Karayolu Trafik Kanunu'na uygun olmalı ve ilk kez ambulans ruhsatı alacak araçlar 5 (beş) yaşından fazla olmamalıdır. Daha önce ambulans ruhsatı almış ve 5 (beş) yaşını doldurmuş olan araçlar her iki yılda bir teknik ve tıbbi araç-gereç muayeneleri yapılarak, uygun olanların izinleri 15 (on beş) yaşına kadar uzatılabilir.
- b) Araçlar mono blok gövdeli panelvan tipinde veya hasta kabinli pick-up tipinde olacaktır.
- c) Hasta kabini uzunluk, genişlik ve yükseklikleri asgari aşağıdaki tabloda belirtilen ölçülerde olmalıdır. Arazi tipi veya tabloda belirtilmeyen özel donanımlı ambulanslarda araç üreticisinin orijinal dış ölçüleri muhafaza edilecektir.

	HASTA NAKİL AMBULANSI	ACİL YARDIM AMBULANSI	YOĞUN BAKIM AMBULANSI
GENİŞLİK	1300 mm	1400 mm	1500 mm
UZUNLUK	2400 mm	3000 mm	3000 mm
YÜKSEKLİK	1300 mm	1600 mm	1800 mm

- ç) Siren cihazı ile aracın ön ve arka kısmında mavi renkte tepe lambası olmalıdır.
- d) Bir adet araç telsizi ve en az bir adet el telsizi bulunmalı, ayrıca şoför mahalli ile hasta kabini arasında haberleşmeyi sağlayacak dahili haberleşme sistemi bulunmalıdır.
- e) Kabinde bulunan kapılar sedye girişine uygun olmalı, arka kapı(lar) asgari 90 derece açılabilir. Arka girişe ilave olarak hasta bölmesinde alternatif bir çıkış kapısı olmalıdır.
- f) Hasta kabininde en az 2 adet perdelenmiş harici pencere olmalıdır.
- g) Hasta kabininde havalandırma, ısıtma ve aydınlatma sistemleri bulunmalıdır.
- ğ) Sedye üst hizasında tavanda elle tutunma yeri bulunmalıdır.
- h) Kabinde kilitlebilir ilaç bölümü olmalıdır.
- ı) Egzoz çıkışı; egzoz gazı içeriye girmeyecek şekilde kapılardan uzak bir konumda olmalıdır.
- i) Araçlar sarsıntısız bir şekilde hasta naklini sağlayacak özel bir süspansiyon sistemine sahip olmalıdır.
- j) Ambulansların tasarımı ile donanımda kullanılacak tüm elektrik aksamı, cihaz ve malzemelerin montaj ve özellikleri TS-EN 1789 standardına uygun olmalıdır.
- k) Her araçta asgari iki adet 2 litrelik yangın söndürücü bulunmalıdır.
- l) Her araçta asgari birer adet emniyet kemeri keseceği, demir manivela ve imdat çekici bulunmalıdır.

**AMBULANSTA BULUNDURULACAK ASGARİ
TIBBİ CİHAZ, ARAÇ- GEREÇ VE MALZEMELERİN NİTELİK VE MİKTARLARI**

SIRA NO	TIBBİ CİHAZ, ARAÇ- GEREÇ VE MALZEMELERİN ADI	AMBULANS TİPİNE GÖRE BULUNMASI GEREKEN SAYI		
		HASTA NAKİL	ACİL YARDIM	YOĞUN BAKIM
1	Ana Sedye	1	1	1
2	Kombinasyon Sedye	1	1	1
3	Vakum Sedye	-	1	1
4	Faraş Sedye	-	1	1
5	Sırt tahtası	1	1	1
6	Traksiyon Atel Seti	-	1	1
7	Asgari 6 Değişik Parçalı Şişme Atel Seti	1	1	1
8	Boyunluk Seti	1	1	1
9	KED kurtarma yeleği	-	1	1
10	Sabit Oksijen tüpü ve prizi	1	1	1
11	Portatif oksijen tüpü*	1	1	1
12	Transport Ventilatör cihazı (erişkin ve pediatrik kullanımına uygun basınca [10-50 cmH2O] ayarlanabilir, PEEP valfi bulunan)	-	1	1
13	Sabit Vakum aspiratörü	1	1	1
14	Portatif aspiratör*	1	1	1
15	Sabit tansiyon aleti (Steteskoplu)	1	1	1
16	Portatif tansiyon aleti (Steteskoplu)	1	1	1
17	Oksimetre*	-	1	1
18	Termometre	1	1	1
19	Diagnostik set (otoskop,oftalmoskop,rinoskop)	1	1	1
20	Serum askısı	2	2	4
21	Enjektör pompası	-	1	1
22	Defibrilatör (Monitörlü)	-	1	1
23	Canlandırma ünitesi (Balon valf maske seti, laringoskop seti, portatif oksijen tüpü, entübasyon tüpleri, havayolu tüpü, oro/nazofaringeal kanüller, kolorimetrik cihaz)	-	1	1
24	Isı izolasyonlu kap	-	1	1
25	Oksijen maskesi ve nazal kateterler (set)	1	1	2
26	Aspirasyon kateterleri (3 farklı boyda)	1	1	2
27	Muhtelif boyda idrar sondası ve torbası	1	1	2
28	Muhtelif ölçüde enjektör	10	10	15
29	Toraks drenaj kiti	-	-	1
30	Ölçekli infüzyon cihazı	-	-	1
31	Perikardiyal delme kiti	-	-	1
32	Merkezi (santral) ven sondası (kateteri)	-	-	1
33	Harici kalp atışı düzenleyici (eksternal pace maker) özelliği olan defibrilatör*	-	-	1
34	Acil doğum seti	-	1	1
35	Yanık seti (Alüminyum yanık battaniyesi, yanık sargısı ve kompresler veya yanık jeli)	-	1	1
36	Temel tıbbi malzeme çantası (yüzük kesme makası, turnike, steril spanç, kompres, kanama durdurucu materyal, sargı bezi, elastik bandaj ve plaster içermeli)	1	1	1
37	Serum seti ve kelebek set ile intraketler	5	5	10
38	Personel görev kıyafeti (Yansıtıcı)	2	2	2
39	Cenaze torbası	2	2	2

(*) Bu cihazlar diğer cihazlar içerisinde bütünleşik ise ayrıca istenmez

**HAVA VE DENİZ AMBULANSI OLARAK KULLANILACAK TAŞITLARDA
BULUNDURULACAK ASGARİ TIBBİ CİHAZ, ARAÇ- GEREÇ VE
MALZEMELERİN NİTELİK VE MİKTARLARI**

SIRA NO	TIBBİ CİHAZ, ARAÇ- GEREÇ VE MALZEMELER	ADET
1	Ana Sedye	1 Adet
2	Kombinasyon Sedye	1 Adet
3	Scoop Sedye	1 Adet
4	Vakum sedye	1 Adet
5	Monitörlü Defibrilatör	1 Adet
6	Oksijen sistemi (Depo, Yedek tüpü ve aparatları)	1 Adet
7	Tıbbi Aspiratör sistemi	1 Adet
8	Sedye oturma rayları ve Emniyet kilitleri	1 Adet
9	Sağlık personel koltuğu	2 Adet
10	Puls Oksimetre*	1 Adet
11	Volüm ayarlı İnfüzyon veya Enjektör pompası	2 Adet
12	Boyunluk Seti (Küçük, orta ve büyük ebatlarda ayarlanabilir)	2 Adet
13	Asgari 6 Değişik Parçalı Şişme Atel Seti	1 Adet
14	Reanimasyon Çantası (Komple)	1 Adet
15	Traksiyon Atel Seti	1 Adet
16	Transport Ventilator cihazı (erişkin ve pediatrik kullanımına uygun basınca [10-50 cmH ₂ O] ayarlanabilir, PEEP valfi bulunan)	1 Adet
17	IV Sıvı Şişe/ Torba Askıları	1 Adet
18	Diagnostik set (otoskop,oftalmoskop,rinoskop)	1 Adet
19	Cenaze torbası	2 Adet
20	Yanık seti (Alüminyum yanık battaniyesi, yanık sargısı ve kompresler veya yanık jeli)	1 Adet
21	Temel tıbbi malzeme çantası (yüzük kesme makası, turnike, steril spanç, kompres, kanama durdurucu materyal, sargı bezi, elastik bandaj ve plaster içermeli)	1 Adet
22	Oksijen maskesi ve nazal kateterleri (3 farklı boyda)	1'er adet
23	Aspirasyon kateterleri (3 farklı boyda)	1'er adet
24	Muhtelif boyda foley sonda ve idrar torbası (3 farklı boyda)	1'er adet
25	Muhtelif ölçüde enjektör	10 adet
26	Serum seti ve kelebek set	5'er adet
27	Portatif tansiyon aleti (Steteskoplu)	1 Adet
28	Acil doğum seti	1 Adet
29	Canlandırma ünitesi (Balon valf maske seti, laringoskop seti, portatif oksijen tüpü, entübasyon tüpleri, hava yolu tüpleri)	1 Adet

(*) Bu cihazlar diğer cihazlar içerisinde bütünleşik ise ayrıca istenmez

AMBULANSLARDA BULUNDURULACAK İLAÇ VE SERUMLAR

SIRA NO	SERUM VE İLAÇLAR	AMBULANS TİPİNE GÖRE BULUNMASI GEREKEN SAYI		
		HASTA NAKİL	ACİL YARDIM	YOĞUN BAKIM
1	ADRENALİN AMP. 1 mg.	5	10	10
2	AMİNOCARDOL AMP.	1	4	4
3	LİDOKAİN %2 AMP.	1	5	5
4	ATROPİN AMP. 0.5 mg.	5	10	10
5	ANTİHİSTAMİNİK AMP	2	4	4
6	BETA BLOKER AMP		2	2
7	SPAZMOLİTİK AMP	1	4	4
8	CALCIUM AMP.	1	3	3
9	CITANEST FLK. (PRİLOCİNE)	1	1	1
10	KORTİKOSTEROİD AMP.	5	10	10
11	DİAZEPAM AMP. *	2	5	5
12	DİLTİAZEM 25 mg. AMP.		2	2
13	DOPAMİN 40 AMP.		2	2
14	DORMİCUM 5 mg. AMP.		1	1
15	ANTIEMETİK AMP.*	1	2	2
16	ANTIİPİLEPTİK AMP.*		2	2
17	ETİL CHLORIDE SPREY		1	1
18	İSOPTİN AMP.		2	2
19	JETOCAİNE AMP	1	2	2
20	LASİX AMP. (FUROSEMİDE)		5	5
21	AMİADARONE AMP		2	2
22	ANALJEZİK AMP*	5	10	10
23	NaHCO3 AMP.	5	10	10
24	NALOKSAN AMP.		1	1
25	NİTRODERM TTS 5 mg. VE 10mg		2 şer	2 şer
26	H2 BLOKER AMP	2	4	4
27	SERUM FİZYOLOJİK AMP.	5	10	10
28	İNHALER VEYA NEBUL (SALBUTAMOL)	1 İNHALER 3 NEBUL	1 İNHALER 6 NEBUL	1 İNHALER 6 NEBUL
29	ANESTEZİK POMAD	1	2	2
30	ANTİMİKROBİYAL POMAD	1	2	2
31	SİLVERDİN POMAD	1	2	2
32	ASETİLSALİSİLİK ASİT TB	5	10	10
33	AKTİF KÖMÜR TÜP	1	2	2
34	İSORDİL 5 mg. TB	1	1	1
35	KAPTORİL TB. 25 mg.	1	1	1
36	%20 DEXTROSE 500 cc.	1	3	3
37	İSOLYTE 500 cc.	5	5	5
38	İSOLYTE P 500 cc.	5	5	5
39	İSOLYTE S 500 cc.	5	5	5
40	İZOTONİK 500 cc.	5	5	5
41	MANNİTOL 500 cc.	2	2	2
42	RİNGER LAKTAT 500cc	2	5	5
43	MAGNEZYUM SÜLFAT	2	5	5
44	FLUMAZENİL	1	2	2
45	PARACETAMOL TABLET	10	10	10

(*) Bu grup ilaçlar içerisinde kontrole tabi olanlar; suiistimal edilmesi riskine karşı ambulans görevli doktora zimmet karşılığı teslim edilecek ve kayıtları usulüne uygun olarak tutulacaktır.

T.C.
.....VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Belge No:

Tarih.../.../....

AMBULANS SERVİSİ
UYGUNLUK BELGESİ

AMBULANS SERVİSİNİN

ADI :
TÜRÜ :
ADRESİ VE TEL :

SAHİB(LER)İ

ADI ve SOYADI :
ŞİRKET VEYA
TİCARET UNVANI :

MESUL MÜDÜR

ADI ve SOYADI :
UNVANI :

CALIŞMA SAATLERİ :

AMBULANS / ACİL SAĞLIK ARACI:

<u>Sıra No:</u>	<u>Sınıfı</u>	<u>Cinsi</u>	<u>Sayısı</u>
1-			
2-			
3-			

Yukarıda adı ve adresi belirtilen özel ambulans servisinin Mesul Müdür sorumluluğunda faaliyet göstermesi İl Valiliği'nce uygun görülmüştür. Bu belge .../.../2006 tarihli ve sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği hükümlerine göre düzenlenmiştir.

Vali a.
İl Sağlık Müdürü

T.C.
.....VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Belge No:

Tarih.../.../....

AMBULANS /ACİL SAĞLIK ARACI UYGUNLUK BELGESİ

AMBULANSIN/ACİL SAĞLIK ARACININ

TİPİ :
MARKASI :
MODELİ :
PLAKA NO :
MOTOR NO :
ŞASİ NO :
TESCİL TARİHİ :
TESCİL SIRA NO :

SAHİB(LER)İ

ŞİRKET VEYA
TİCARET UNVANI :
ADI ve SOYADI :
ADRES :

GÖREV YAPTIĞI KURULUŞUN

ADI :
ADRESİ :

Yukarıda belirtilen ambulans aracının.....isimli kuruluşta faaliyet göstermesi .../.../2006 tarihli ve sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği hükümlerine göre uygun görülmüştür.

Vali a.
İl Sağlık Müdürü

YAPILAN MUAYENE VE KONTROLLER

.../.../....

.../.../....

.../.../....

.../.../....

İMZA-KAŞE

İMZA-KAŞE

İMZA-KAŞE

İMZA-KAŞE

T.C.
..... VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

FOTO

Belge No:

Tarih.../.../....

MESUL MÜDÜRLÜK BELGESİ

MESUL MÜDÜRÜN

ADI ve SOYADI :
UNVANI :
BABA ADI :
DOĞUM YERİ :
DOĞUM TARİHİ :
MEZUN OLDUĞU FAKÜLTE :
MEZUNİYET TARİHİ :
DİPLOMA NO :
UZMANLIK DİPLOMA NO(VARSA):

GÖREV YAPACAĞI KURULUŞUN

ADI :
ADRESİ :

Yukarıda açık kimliği yazılı olan şahsın..... isimli ambulans servisinde mesûl müdürlük görevini yürütmesi İl Sağlık Müdürlüğünce uygun görülmüştür. Bu belge .../.../2006 tarihli ve sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği hükümlerine göre düzenlenmiştir.

Vali a.
İl Sağlık Müdürü

T.C.
..... VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Belge No:

Tarih.../.../....

PERSONEL ÇALIŞMA İZİN BELGESİ

PERSONELİN
ADI ve SOYADI :
UNVANI :
GÖREVİ :
BABA ADI :
DOĞUM YERİ :
DOĞUM TARİHİ :
MEZUN OLDUĞU OKUL :
MEZUNİYET TARİHİ :
DİPLOMA NO :
UZMANLIK DİPLOMA NO (varsa) :
.....KURSU SERTİFİKA NO (varsa) :

GÖREV YAPACAĞI ÖZEL KURULUŞUN

ADI :
ADRESİ :

Yukarıda açık kimliği yazılı olan sağlık personelinin isimli ambulans servisinde mesleğini icra etmesi İl Sağlık Müdürlüğünce uygun görülmüştür. Bu belge .../.../2006 tarih ve sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği hükümlerine göre düzenlenmiştir.

Vali a.
İl Sağlık Müdürü

TEFTİŞ VE DENETİM DEFTERİ

Teftiş ve Denetim Defterinin taşınması gereken özellikler aşağıda belirtilmiştir:

- a) Defter, asgari A4 boyutlarında, beyaz ve çizgili bir boş bir defterden oluşur.
- b) Defterin her bir sayfası kullanılmadan önce numaralanmış olacaktır.
- c) Defterin ilk sayfasında aşağıdaki bilgileri içeren ve İl Sağlık Müdürlüğünce doldurulmuş bölüm yer alır;
 - 1) Defterin hangi sağlık kuruluşu tarafından kullanılacağı,
 - 2) Defterin kaç sayfadan ibaret olduğu,
 - 3) Defterin söz konusu kuruluşa onaylanan kaçınıcı defter olduğu,
 - 4) Bu bilgileri onaylanan yetkilinin adı, soyadı, imzası, onay tarihi ve kurum mührü.
- ç) Defterin numaralandırılmış her sayfası İl Sağlık Müdürlüğünce mühürlenir.

Teftiş ve Denetim Defteri, adına düzenlenen sağlık kuruluşuna Bakanlık Merkez veya İl Sağlık Müdürlüğü yetkililerince gerçekleştirilecek olan tüm denetimlerde saptanan hususların ve verilen kararların kaydı için ortak olarak kullanılır. Bu nedenle, her bir sağlık kuruluşuna bir adet Teftiş ve Denetim Defteri düzenlenir. Bu deftere, Bakanlık Teftiş Kurulu Başkanlığına bağlı müfettişlerce yapılacak denetimler işlenmez.

Her bir denetim işlemine ait olmak üzere Teftiş ve Denetim Defterine sırasıyla aşağıdaki bilgiler yazılır:

- a) Denetimin gerçekleştirildiği gün ve saat,
- b) Denetim ne amaçla gerçekleştirildiği (olağan, olağandışı, şikâyet üzerine, vs.),
- c) Denetimi gerçekleştiren yetkililerin adı, soyadı, unvanı ve görev yaptıkları kuruluş,
- d) Denetimde saptanan eksiklikler,
- e) Denetim sonucunda verilen karar,
- f) Denetimi gerçekleştiren yetkililer ile özel sağlık kuruluşu mesul müdürünün adı, soyadı ve imzaları.

T.C.
-----VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
AMBULANS SERVİSİ DENETLEME FORMU

Denetlenen Kuruluşun

Adı :

Adresi :

Tarih :

Saat :

Sıra No	Mevzuat ile Öngörülen Düzenleme	Mevzuata Uygunluğu	Eksikliğin Giderilmesi İçin Verilecek Süre	Eksikliğin Devamında Uygunluk Belgesi İptal Süresi
1	Uygunluk Belgesi var mı?	Var/ Yok	-	Süresiz Kapatılır
2	Mesul Müdürlük Belgesi var mı?	Var/ Yok	5 gün	60 gün*
3	Mesul Müdür veya görevini devrettiği kişi görevinin başında mı?	Evet/ Hayır	-	7 gün
4	Kuruluştaki çalışan tüm sağlık personelinin çalışma izin belgesi var mı?	Var/ Yok	5 gün	30 gün
5	Mevzuata aykırı çalışan yabancı uyruklu hekim var mı?	Var/ Yok	-	30 gün
6	Çağrı merkezinden diğer ambulans servisleri ve ambulanslara aracılık ediliyor mu?	Evet/ Hayır	-	60 gün
7	Çağrı Merkezinin telefon numarası uygun mu?	Evet/ Hayır	30 gün	60 gün
8	Kuruluş bünyesinde, kuruluş ile bağdaşmayacak birim var mı?	Yok/ Var	7 gün	60 gün
9	Ambulanslarda / Araçlarda servisin isim ve unvanının yazılı olduğu dış tabela uygun mu?	Evet /Hayır	15 gün	30 gün
10	Hasta gözlem formu var ve düzenli işleniyor mu?	Evet /Hayır	3 gün	30 gün
11	Teftiş ve denetim defteri var mı?	Var/ Yok	3 gün	15 gün
12	Kuruluştaki Uygunluk Belgesinde belirtilen çalışma saatlerine uyuluyor mu?	Evet/ Hayır	-	30 gün
13	Kuruluştaki çalışma saatleri süresi içerisinde asgari personel var mı?	Var /Yok	-	30 gün
14	Kuruluştaki kıyafet düzenlemesine uyuluyor mu?	Evet /Hayır	7 gün	15 gün
15	Kuruluştaki personel kimlik kartı kullanılıyor mu?	Evet /Hayır	7 gün	15 gün
16	Kuruluştaki reklâm, tanıtım ve bilgilendirme yasağı ve düzenlenmesine uyuluyor mu?	Evet/ Hayır	-	30 gün
17	Kuruluşun hijyenik koşulları sağlık hizmeti sunulmasına uygun mu?	Evet/ Hayır	3 gün	30 gün
18	Ambulans ücretleri il tespit komisyon kararlarına uygun olarak uygulanıyor mu?	Evet/ Hayır		30 gün*

Komisyon Başkanı
adı soyadı
imza

Üye
adı soyadı
imza

Üye
adı soyadı
imza

Mesul Müdür
kaşe, imza

***2 ve 18. nci Maddelere uygunsuzluğun ikinci kez tespiti halinde ayrıca ambulans servisi uygunluk belgeleri ile ambulans uygunluk belgeleri iptal edilir.**

Not: Bu formda saptanan eksiklikleri Denetim ve Teftiş Defterine kaydediniz.

T.C.
-----VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
AMBULANS / ACİL SAĞLIK ARACI DENETLEME FORMU

Denetlenen Aracın

Sahibi :
Plaka No :
Sınıfı :
Denetim Adresi:

Tarih :
Saat :

Sıra No	Mevzuat ile Öngörülen Düzenleme	Mevzuata Uygunluğu	Eksikliğin Giderilmesi İçin Verilecek Süre	Eksikliğin Devamında Uygunluk Belgesi İptal Süresi
1	Ambulans ve acil sağlık araçları uygunluk Belgesi var mı?	Var/ Yok	-	Süresiz
2	Bulundurduğu ambulansın/aracın sınıfına uygun personel var mı?	Var/ Yok	-	90 gün*
3	Ambulansta çalışan tüm sağlık personelinin çalışma izin belgesi var mı?	Var/ Yok	5 gün	30 gün*
4	Ambulansta çalışan sağlık personelinin bu Yönetmelikte istenilen kurslara ait kurs belgesi var mı?	Var/ Yok	30 gün	60 gün*
5	Mevzuata aykırı çalışan yabancı uyruklu hekim var mı?	Var/ Yok	-	30 gün
6	Ambulanslarda/araçlarda bulunması zorunlu hekim ve sağlık personeli yerine öğrenci, stajyer çalışıyor mu?	Evet/ Hayır	-	30 gün*
7	Ambulans ve acil sağlık araçları Yönetmelikte geçen teknik ve tıbbi özelliklere uygun mu?	Evet/ Hayır	-	Süresiz*
8	Ambulanslarda Yönetmelikte geçen tıbbi cihaz, araç gereç ve ilaçlar bulunuyor mu?	Var/ Yok	3 gün	90 gün*
9	Ambulans/Acil sağlık araçları başka kişi ve kuruluşlarca kullanılıyor mu?	Evet /Hayır	-	Süresiz
10	Ambulans/araç üzerinde ambulansın niteliğini gösteren yazı var mı?	Var /Yok	15 gün	30 gün
11	Hasta gözlem formu var mı?	Evet /Hayır	3 gün	30 gün
12	Ambulansta kıyafet düzenlemesine uyuluyor mu?	Evet /Hayır	7 gün	15 gün
13	Ambulansta personel kimlik kartı kullanılıyor mu?	Evet /Hayır	7 gün	15 gün
14	Ambulanslar/araçlar amacı dışında kullanılıyor mu?	Evet /Hayır	-	Süresiz*
15	Ambulansların hijyenik koşulları sağlık hizmeti sunulmasına uygun mu?	Evet/ Hayır	-	30 gün
16	Ambulans ücretleri il tespit komisyon kararlarına uygun olarak uygulanıyor mu?	Evet/ Hayır		30 gün*

Komisyon Başkanı

adı soyadı

imza

Üye

adı soyadı

imza

Üye

adı soyadı

imza

Mesul Müdür

kaşe, imza

(*)2,3,4,6,7,8,14,16 ncı Maddelere uygunsuzluğun ikinci kez tespiti halinde ayrıca ambulans uygunluk belgeleri iptal edilir.

Not: Bu formda saptanan eksiklikleri Denetim ve Teftiş Defterine kaydediniz.

(Ön Yüz)

..... AMBULANS SERVİSİ PERSONEL KİMLİK KARTI	
ADI :	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;">RESİM</div> MÜHÜR
SOYADI :	
GÖREVİ :	
DİPLOMA NO :	
TARİH/:BELGE NO:	
İMZASI :	

(Arka Yüz)

1- Bu kimlik kartı Nüfus Cüzdanı yerine kullanılamaz 2- Bu kart görev süresince yakada taşınır.
İMZA Vali a. İl Sağlık Müdürü

..... AMBULANS SERVİSİ
HASTA MUAYENE/GÖZLEM FORMU

Araç Plakası:

Tarih:../../.....

HASTA ADI SOYADI:		T.C. KİMLİK NO:
		PROTOKOL NO:
YAŞI/CİNSİYETİ:		
ADRESİ:		
YAKINMASI/ ÇAĞRI BİLGİLERİ:		

MUAYENE BULGULARI

SAAT	TA	Nabız/dk.	BİLİNÇ	OAçık	OBulanık	OSemikoma	OKoma
			PUPİLLER	ONormal	ODilate	OMiyotik	OReaksiyo Yok
			NABİZ	ODüzenli	ODüzensiz	OYüzeysel	OAlınmıyor
			SOLUNUM	ONormal	OYüzeysel	OGüç	OYok
			CİLT	ONormal	OSoluk	OSiyanotik	OHiperemik

ÖN TANI:.....**UYGULANAN TEDAVİLER**

OAspirasyon uygulandı	ONGS takıldı	ODamar yolu açıldı	OBoyunluk takıldı
OOksijen verildi	ODefibrilasyon uygulandı	OİV ilaç uygulandı	OAtel takıldı
OEntübe edildi	OKanama kontrolü	OİM ilaç uygulandı	OTraksiyon uygulandı
OCPR yapıldı	OMekanik ventilasyon	ODiğer ilaç	ODiğer
OTrakeostomi	OPansuman yapıldı		

AÇIKLAMA: (Hasta/yaralıya yapılan işlemler ve nakil yapıldı ise nakledilen yer belirtilecek)

AMBULANS PERSONELİ

PERSONELİN	Doktor	Sağlık Personeli	Sürücü
Adı			
Soyadı			
İmza			

.....AMBULANS SERVİSİ
BİLDİRİM FORMU

Kuruluşun Adı ve Adresi :
Telefon No :
Fax No :

Ait Olduğu Dönem :

AMBULANS ÇIKIŞ NEDENİ		YAPILAN İŞLEM	
Medikal		Yerinde Müdahale	
Trafik Kazası		Hastaneye Nakil	
İş Kazası		Eve Nakil	
Diğer Kazalar		Hastaneler Arası Nakil	
Yaralanma		Tetkik için Nakil	
İntihar		Ex. Yerinde bırakıldı	
Yangın		Ex Morga Nakil	
Diğer		Diğer	
TOPLAM		TOPLAM	

Mesul Müdür
(İmza-Kaşe)

PROTOKOL/ADLİ RAPOR DEFTERİ

Protokol Defterinin taşınması gereken özellikler aşağıda belirtilmiştir;

- a) Defterin her bir sayfasında sırası ile yer alacak sütunların başlıkları şunlardır;
 - 1) Sıra Numarası,
 - 2) Tarih,
 - 3) Adı ve Soyadı,
 - 4) Adresi,
 - 5) Yaşı,
 - 6) Cinsiyeti,
 - 7) Tanı,
 - 8) Karar,
 - 9) Düşünceler,
 - 10) Muayeneyi yapan hekimin kaşesi ve imzası.
- b) Defter matbu olarak basılı olacaktır.
- c) Defterin her bir sayfası kullanılmadan önce numaralanmış olacaktır.
- ç) Defterin ilk sayfasında aşağıdaki bilgileri içeren ve İl Sağlık müdürlüğüne doldurulmuş bölüm yer alır;
 - 1) Defterin hangi özel sağlık kuruluşu tarafından kullanılacağı,
 - 2) Söz konusu sağlık kuruluşunun hangi bölümünde kullanılacağı,
 - 3) Defterin kaç sayfadan ibaret olduğu,
 - 4) Defterin söz konusu sağlık kuruluşuna onaylanan kaçınıcı defter olduğu,
 - 5) Bu bilgileri onaylanan yetkilinin adı, soyadı, imzası, onay tarihi ve kurum mührü.
- d) Defterin numaralandırılmış her sayfası İl Sağlık müdürlüğüne mühürlenir.