Acil Servise Aynı Şikayet ile Tekrar Başvuru Oranı Veri Toplama Formu

Hastane Adı	
Ay ve Yıl	
İlgili ayda acil servise başvuran toplam hasta sayısı	

SIRA NO	Adı Soyadı	İlk başvuru tarih ve saati	Tekrar başvuru tarih ve saati	İlk başvurudaki sorumlu hekim	İlk başvuruda konsültasyon isteği (Var/Yok)	Varsa konsülte edilen bölüm	İlk başvuru tanısı	Tekrar başvuru tanısı
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

ÖRNEKTİR