

**AMBULANS OLARAK KULLANILACAK ARAÇLARIN  
TAŞIT OLARAK ÖZELLİKLERİ**

a) Ambulans olarak kullanılacak araçlar, 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolu Trafik Kanununa uygun olmalı ve ilk kez ambulans ruhsatı alacak araçlar beş yaşından fazla olmamalıdır. Daha önce ambulans ruhsatı almış ve beş yaşını doldurmuş olan araçlardan, her iki yılda bir Türk Standardları Enstitüsü veya yetkilendirdiği kurumlarca TS EN 1789 sayılı Türk Standardı ve bu ek'e göre yapılan muayene sonucunda Türk Standardları Enstitüsünce düzenlenen "TS EN 1789 EK-C Uygunluk Belgesi" ile birlikte bu Yönetmeliğin ek-2 ve ek-4'ünde öngörülen çerçevede müdürlükçe yapılan muayene sonucunda, uygun olanların izinleri on beş yaşına kadar uzatılabilir. Bu değişikliğin yürürlük tarihinden sonra TS EN 1789 Standardının güncel versiyonuna göre muayene edilen ve "TS EN 1789 EK-C Uygunluk Belgesi" alan araçlar, on yıl süreyle Standartta yapılabilecek yeni revizyonlardan muaf tutulurlar.

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	ACIL YARDIM AMBULANSI	YOĞUN BAKIM AMBULANSI
GENİŞLİK	1300 mm	1400 mm	1500 mm
UZUNLUK	2000 mm	2400 mm	3000 mm
YÜKSEKLİK	1270 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 açılabilmelidir. 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 kilitlenebilir 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 standardı son versiyonuna uygun olmalıdır. Yeni tescil edilecek ambulanslar ile daha önce ambulans olarak kullanılan ve anılan standarda göre yeniden tadilat yapılan her ambulans için anılan standardın EK-C formu düzenlenerek muayene ve uygunluk işlemleri esnasında sunulur.

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	1
4	Faraş sedye	-	1	1
5	Sırt tahtası (Baş sabitleyici ile birlikte)	1	1	1
6	Traksiyon atel seti	-	1	1
7	Asgari 6 değişik parçalı şişme atel veya vakum 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 valfli)	-	1	1
13	Mekanik ventilatör cihazı	1	-	-
14	Sabit vakum aspiratörü	1	1	1
15	Portatif aspiratör*	1	1	1
16	Sabit tansiyon aleti (Steteskoplu)	1	1	1
17	Portatif tansiyon aleti (Steteskoplu)	1	1	1
18	Oksimetre*	-	1	1
19	Termometre	1	1	1
20	Diagnostik set (otoskop,oftalmoskop,rinoskop)	1	1	1
21	Serum askısı	2	2	4
22	Enjektör pompası	-	1	1
23	Defibrilatör (Monitörlü)	-	1	1
24	Otomatik eksternal defibrilatör	1	-	-
25	Kalp monitörü *	-	1	1
26	Canlandırma ünitesi (Balon valf maske seti, laringoskop seti, portatif oksijen tüpü, entübasyon tüpleri, havayolu tüpü, oro/nazofaringeal kanüller, kolorimetrik cihaz)	1	1	1
27	Isı izolasyonlu kap	-	1	1
28	Oksijen maskesi (rezervuarlı) ve nazal kateterler (set)	1	1	2
29	Aspirasyon kateterleri (3 farklı boyda)	1	1	2
30	Muhtelif boyda idrar sondası ve torbası	1	1	2
31	Muhtelif ölçüde enjektör	10	10	15
32	Toraks drenaj kiti	-	-	1
33	Basınçlı infüzyon cihazı	-	-	1
34	Perikardiyal delme kiti	-	-	1
35	Merkezi (santral) ven sondası (kateteri)	-	-	1
36	Harici kalp atışı düzenleyici (eksternal pace maker) özelliği olan defibrilatör*	-	-	1
37	Acil doğum seti	-	1	1
38	Kan şekeri ölçüm cihazı	1	1	1
39	Kapnometri*		1**	1
40	Yanık seti (Alüminyum veya jel esaslı yanık örtüsü, yanık sargısı ve kompresler)	-	1	1
41	Temel tıbbi malzeme çantası (yüzük kesme makası, turnike, steril spanç, kompres, kanama durdurucu materyal, sargı bezi, elastik bandaj ve plaster içermeli)	1	1	1
42	Serum seti ve kelebek set ile intraketler	5	5	10
43	Personel görev kıyafeti (Yansıtıcı)	2	3	3
44	Cenaze torbası	2	2	2

(\*) Bu cihazlar diğer cihazlar içerisinde bütünlük ise ayrıca istenmez

(\*\*) Kullanıcıların isteğine bağlı olarak bulundurulabilir.

**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 Ventilatör cihazı (erişkin ve pediatrik kullanımına uygun basınca [10-50 cmH2O] 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	Adrenalin 1 mg	5 Adet	10 Adet	10 Adet
2	Aminocardol Amp.	1 Adet	4 Adet	4 Adet
3	Lidokain % 2 Amp.	1 Adet	5 Adet	5 Adet
4	Atropin 0,5 mg	5 Adet	10 Adet	10 Adet
5	Antihistaminik Amp.	2 Adet	4 Adet	4 Adet
6	Beta bloker	-	2 Adet	2 Adet
7	Spazmolitik Amp.	1 Adet	4 Adet	4 Adet
8	Calcium Amp.	1 Adet	3 Adet	3 Adet
9	Citanest Flk. (Prilocine)	1 Adet	1 Adet	1 Adet
10	Kortikosteroid Amp.	5 Adet	10 Adet	10 Adet
11	Diazepam Amp.*	2 Adet	5 Adet	5 Adet
12	Diltiazem 25 mg Amp.	-	2 Adet	2 Adet
13	Dopamin 40 Amp.	-	2 Adet	2 Adet
14	Dormicum 5 mg Amp.	-	1 Adet	1 Adet
15	Antiemetik Amp.	1 Adet	2 Adet	2 Adet
16	Antiepileptik Amp.*	-	2 Adet	2 Adet
17	Etil Chloride Sprey	-	1 Adet	1 Adet
18	Isoptin Amp.	-	2 Adet	2 Adet
19	Jetocaine Amp.	1 Adet	2 Adet	2 Adet
20	Lasix Amp. (Furosemide)	-	5 Adet	5 Adet
21	Amiodaron Amp.	-	2 Adet	2 Adet
22	Analjezik Amp.*	5 Adet	10 Adet	10 Adet
23	NaHCO3 Amp.	5 Adet	10 Adet	10 Adet
24	Naloksan Amp.	-	1 Adet	1 Adet
25	Nitroderm TTS 5 mg ve 10 mg	-	2'şer	2'şer
26	H2 Bloker Amp.	2 Adet	4 Adet	4 Adet
27	Serum Fizyolojik Amp.	5 Adet	10 Adet	10 Adet
28	İnhaler veya Nebul (Salbutamol)	1 İnhaler 3 Nebul	1 İnhaler 6 Nebul	1 İnhaler 6 Nebul
29	Anestezi Pomad	1 Adet	2 Adet	2 Adet
30	Antimikrobal Pomad	1 Adet	2 Adet	2 Adet
31	Silverdin Pomad	1 Adet	2 Adet	2 Adet
32	Asetil Salisilik Asit Tb.	5 Adet	10 Adet	10 Adet
33	Aktif Kömür Tüp	1 Adet	2 Adet	2 Adet
34	İsordil 5 mg Tb	1 Adet	1 Adet	1 Adet
35	Kaptopril 25 mg Tb.	1 Adet	1 Adet	1 Adet
36	% 20 Dextroz 500 CC	1 Adet	3 Adet	3 Adet
37	İsolyte 500 CC	5 Adet	5 Adet	5 Adet
38	İsolyte P 500 CC	5 Adet	5 Adet	5 Adet
39	İsolyte S 500 CC	5 Adet	5 Adet	5 Adet
40	İzotonik 500 CC	5 Adet	5 Adet	5 Adet
41	Mannitol 500 CC	2 Adet	2 Adet	2 Adet
42	Ringer Laktat 500 CC	2 Adet	5 Adet	5 Adet
43	Magnezyum Sülfat	2 Adet	5 Adet	5 Adet
44	Flumazenil	1 Adet	2 Adet	2 Adet
45	Paracetamol Tb.	10 Adet	10 Adet	10 Adet

(\* ) Bu grup ilaçlar içerisinde kontrole tabi olanlar; suüstimal edilmesi riskine karşı ambulanda 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 :

**ÇALIŞMA 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 :  
ŞASI NO :  
TESCİL TARİHİ :  
TESCİL SIRA NO :  
ARAÇ KATEGORİSİ :  
ARAÇ TÜRÜ :

**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

Belge No:

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

**MESUL MÜDÜRLÜK BELGESİ**

**MES'UL MÜDÜRÜN:**

T.C. KİMLİK NO :  
ADI VE SOYADI :  
ÜNVANI :  
BABA ADI :  
DOĞUM YERİ :  
DOĞUM TARİHİ :  
MEZUN OLDUĞU FAKÜLTE :  
MEZUNİYET TARİHİ :  
DİPLOMA NO :  
UZMANLIK DİPLOMA NO :

**GÖREV YAPACAĞI KURULUŞUN:**

ADI :  
ADRESİ :

Yukarıda açık kimliği yazılı olan şahsın .....  
Ambulans Servisinde mesul müdürlük görevini yürütmesi İl Sağlık Müdürlüğü'nce uygun görülmüştür. Bu belge 07/12/2006 tarihli ve 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği” hükümlerine göre düzenlenmiştir.

.....  
**Vali a.**  
**İl Sağlık Müdürü**

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

Belge No:

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

**PERSONEL ÇALIŞMA İZİN BELGESİ**

**PERSONELİN:**

T.C. KİMLİK NO :  
ADI VE SOYADI :  
ÜNVANI :  
GÖREVİ :  
BABA ADI :  
DOĞUM YERİ :  
DOĞUM TARİHİ :  
MEZUN OLDUĞU OKUL :  
MEZUNİYET TARİHİ :  
DİPLOMA NO :  
UZMANLIK DİPLOMA NO :

**GÖREV YAPACAĞI ÖZEL KURULUŞUN:**

ADI :  
ADRESİ :

Yukarıda açık kimliği yazılı olan sağlık personelinin.....  
ambulansında mesleğini icra etmesi İl Sağlık Müdürlüğü'nce uygun görülmüştür. Bu belge 07/12/2006  
tarihli ve 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları  
ile 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 Müdürlüğüne 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 Müdürlüğüne 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
		Uygun	Uygun Değil		
1	Ambulans Uygunluk Belgesi Yönetmeliğe uygun mu?	Evet	Hayır	-	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?	Yok	Var	-	30 gün
6	Çağrı merkezinden diğer ambulans servisleri ve ambulanslara aracılık ediliyor mu?	Hayır	Evet	-	60 gün
7	Çağrı merkezinin telefon numarası uygun mu?	Uygun	Uygun Değil	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?	Uygun	Uygun Değil	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?	Uygun	Uygun Değil	-	30 gün
17	Kuruluşun hijyenik koşulları sağlık hizmeti sunulmasına uygun mu?	Uygun	Uygun Değil	3 gün	30 gün
18	Ambulans ücretleri il tespit komisyon kararlarına uygun olarak uygulanıyor mu?	Uygun	Uygun Değil	-	30 gün*
19	Servise ait ambulanslar uygunluk belgesi aldıkları il sınırları dışında izinsiz çalışıyor mu?	Evet	Hayır	-	30 gün
20	Yönetmeliğe aykırı başka uygunsuzluk hali var mı?	Evet	Hayır	7 gün	30 gün

\*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.

Komisyon Başkanı  
adı soyadı  
imza

Üye  
adı soyadı  
imza

Üye  
adı soyadı  
imza

Mesul Müdür  
kaşe,imza

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

**Denetlenen Aracın****Sahibi :****Plaka No :****Sınıfı :****Denetim Adresi :****Denetim Yapan Kurum :****Tarih :****Saat :**

Sıra No	Mevzuat ile Öngörülen Düzenleme	Mevzuata Uygunluğu		Eksikliğin Giderilmesi İçin Verilecek Süre	Eksikliğin Devamında Uygunluk Belgesi İptal Süresi
		Uygun	Uygun Değil		
1	Ambulans için; TSE tarafından düzenlenen belge ve müdürlükçe düzenlenen Ambulans Uygunluk Belgesi var mı?	Evet	Hayır	-	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?	Yok	Var	-	30 gün
6	Ambulanslarda/araçlarda bulunması zorunlu hekim ve sağlık personeli yerine öğrenci, stajyer çalışıyor mu?	Hayır	Evet	-	30 gün*
7	Ambulans ve acil sağlık araçları Yönetmelikte geçen teknik ve tıbbi özelliklere uygun mu?	Uygun	Uygun Değil	-	Süresiz*
8	Ambulanslarda Yönetmelikte geçen tıbbi cihaz, araç gereç ve ilaçlar bulunuyor mu?	Uygun	Uygun Değil	3 gün	90 gün*
9	Ambulans/Acil sağlık araçları başka kişi ve kuruluşlarca kullanılıyor mu?	Hayır	Evet	-	Süresiz
10	Ambulans/araç üzerinde ambulansın niteliğini gösteren yazı var mı?	Var	Yok	15 gün	30 gün
11	Hasta gözlem formu var mı?	Var	Yok	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?	Hayır	Evet	-	Süresiz*
15	Ambulansların hijyenik koşulları sağlık hizmeti sunulmasına uygun mu?	Uygun	Uygun Değil	-	30 gün
16	Ambulans ücretleri il tespit komisyon kararlarına uygun olarak uygulanıyor mu?	Evet	Hayır	-	30 gün*
17	Acil sağlık aracı için; Müdürlükçe düzenlenen Acil Sağlık Aracı Uygunluk Belgesi var mı?	Evet	Hayır	-	Süresiz
18	Ambulansta bulundurulması zorunlu tıbbi cihazların yılda en az bir kez kalibrasyonu yapılıyor mu?	Evet	Hayır	7 gün	Süresiz
19	Yönetmeliğe aykırı başka uygunsuzluk hali var mı?	Evet	Hayır	7 gün	30 gün

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

**Komisyon Başkanı**adı soyadı  
imza**Üye**adı soyadı  
imza**Üye**adı soyadı  
imza**Mesul Müdür**

kaşe, imza

(Ön Yüz)

(Eni: 8,5 cm x Boyu: 5,5 cm)

LOGO	.....AMBULANSI	
	/ AMBULANS SERVİSİ	
	<b>PERSONEL KİMLİK KART</b>	RESİM
ADI	:	
SOYADI	:	
T.C.KİMLİK NO	:	
GÖREVİ	:	
DİPLOMA NO	:	
<b>MÜHÜR</b>		
TARİH/:BELGE NO:		
İMZASI	:	

(Arka Yüz)

1- Bu kimlik kartı Nüfus Cüzdanı yerine kullanılamaz
2- Bu kart görev süresince yakada taşınır.
Kısaltmalar;
<b>HNA</b> (Hasta Nakil Ambulansı)
<b>AYA</b> (Acil Yardım Ambulansı)
<b>EYBA</b> (Erişkin Yoğun Bakım Ambulansı)
<b>YYBA</b> (Yenidoğan Yoğun Bakım Ambulansı)
<b>ASA</b> (Acil Sağlık Aracı)
İMZA
Vali a.
İl Sağlık Müdürü

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

Araç Plakası: ... ..

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

<b>HASTA ADI SOYADI:</b>	<b>T.C. K İML İK NO:</b>
	<b>PROTOKOL NO:</b>
<b>YAŞI/CİNSİYETİ :</b>	
<b>ADRESİ :</b>	
<b>YAKINMASI/ ÇAĞRI BİLGİLERİ :</b>	

**MUAYENE BULGULARI**

SAAT	TA	Nabız/dk	BİLİNÇ	O Açık	O Bulanık	O Semikoma	O Koma
			<b>PUPİLLER</b>	O Normal	O Dilate	O Miyotik	O Reaksiyon Yok
			<b>NABIZ</b>	O Düzenli	O Düzensiz	O Yüzeysel	O Alınmıyor
			<b>SOLUNUM</b>	O Normal	O Yüzeysel	O Güç	O Yok
			<b>CİLT</b>	O Normal	O Soluk	O Siyanotik	O Hiperemik

**ÖN TANI:**.....**UYGULANAN TEDAVİLER**

<input type="checkbox"/> Aspirasyon uygulandı	<input type="checkbox"/> NGS takıldı	<input type="checkbox"/> Damar yolu açıldı	<input type="checkbox"/> Boyunluk takıldı
<input type="checkbox"/> Oksijen verildi	<input type="checkbox"/> Defibrilasyon uygulandı	<input type="checkbox"/> İV ilaç uygulandı	<input type="checkbox"/> Atel takıldı
<input type="checkbox"/> Entübe edildi	<input type="checkbox"/> Kanama kontrolü	<input type="checkbox"/> İM ilaç uygulandı	<input type="checkbox"/> Traksiyon uygulandı
<input type="checkbox"/> CPR yapıldı	<input type="checkbox"/> Mekanik ventilasyon	<input type="checkbox"/> Diğer ilaç	<input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> Trakeostomi	<input type="checkbox"/> Pansuman yapıldı		
<b>AÇIKLAMA: (Hasta/yaralıya yapılan işlemler ve nakil yapıldı ise nakledilen yer belirtilecek)</b>			

**AMBULANS PERSONELİ**

PERSONELİN	Doktor	Sağlık Personeli	Sürücü
<b>Adı</b>			
<b>Soyadı</b>			
<b>İmza</b>			



## 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.