

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان:

فرم پذیرش بخش اورژانس بیمارستان

EMERGENCY DEPARTMENT ADMISSION FORM

شماره پرونده بستری بخش اورژانس:
Emergency Record No:

سطح تریاژ:

Level of Triage:

Male <input type="checkbox"/> مذکر Female <input type="checkbox"/> مؤنث	جنس: Sex:	Father's Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	وضعیت تاهل: Marital status:	Place of Birth: محل تولد:	Date of Birth: تاریخ تولد:	ID Code: کد ملی:
Occupation/Work Place: شغل/محل کار:	Patient's Phone Number: شماره تلفن بیمار:		Patient's Address: آدرس بیمار:	
Admitting Physician: پزشک بستری کننده:	Name & Phone Number of Accompanied / Referred By: نام و شماره تلفن همراه/معرف بیمار:		Insurance: نوع بیمه:	
Insurance Code: شماره بیمه:	Admission Date: تاریخ پذیرش:		Admission Time: ساعت پذیرش:	
نحوه مراجعه بیمار: <input type="checkbox"/> آمبولانس ۱۱۵ <input type="checkbox"/> آمبولانس خصوصی <input type="checkbox"/> اورژانس هوایی <input type="checkbox"/> مراجعه شخصی <input type="checkbox"/> پلیس <input type="checkbox"/> اعزام از سایر مراکز <input type="checkbox"/> ارجاع از سایر مراکز				
Disease Code: کد بیماری:	Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:		تشخیص نهایی:	
Disease Code: کد بیماری:	Final Diagnosis: تشخیص نهایی:		علت خارجی:	
Disease Code: کد بیماری:	External Cause: علت خارجی:		تعیین تکلیف بیمار	
Date & Time of decision making: تاریخ و ساعت تعیین تکلیف: سرویس درمانی تعیین شده:				
Date & Time of Disposition/Discharge: تاریخ و ساعت خروج:				
Death: <input type="checkbox"/> فوت Discharge: <input type="checkbox"/> ترخیص Transfer To Ward: انتقال به بخش: <input type="checkbox"/> Leave Without Notice: <input type="checkbox"/> ترک بدون اطلاع Leave Against Medical Advice (AMA): <input type="checkbox"/> ترک با مسئولیت شخصی Transfer to Other Hospital and Cause: اعزام به بیمارستان: <input type="checkbox"/> علت اعزام:				
نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار مسئول بخش: Nurse's Name/Signature/Stamp:		نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک معالج: Emergency Physician's Name & Signature/Stamp:		نام، نام خانوادگی، مهر و امضاء مسئول پذیرش: Adm. Officer's Name & Signature/Stamp:

اجازه استفاده از اطلاعات پرونده پزشکی بیمار

اینجانب رضایت خود/ بیمار خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی در امور آموزشی، تحقیقاتی، درمانی و حقوقی، توسط بیمارستان اعلام می دارم.
تاریخ و ساعت: امضاء و اثر انگشت بیمار/ همراه بیمار:

رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی*

اینجانب دکتر پزشک معالج بیمار توضیحات کافی را در خصوص ضرورت انجام اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی که به منظور تشخیص و یا درمان بیماری انجام می شود و همچنین عوارض احتمالی استفاده از روش های توصیه شده و یا عواقب ترک درمان را، به آقای/خانم گیرنده خدمت ولی/نماینده قانونی گیرنده خدمت ارائه داده ام.
تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: مهر و امضاء پزشک معالج:

اینجانب بیمار ولی/نماینده قانونی بیمار دارای کد ملی تاریخ تولد .../.../..... این فرم را مطالعه نموده و با توضیحات ارائه شده توسط پزشک معالج از ضرورت انجام، عوارض و یا عواقب احتمالی پذیرش و یا عدم پذیرش اقدام تشخیصی/درمانی/جراحی آگاهی پیدا کردم و آزادانه و آگاهانه: رضایت خود را جهت اقدام مذکور اعلام می دارم.
تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: امضاء و اثر انگشت:
علی رغم توضیحات کادر درمان مبنی بر ایجاد هر گونه عارضه ترک درمان، با قبول مسئولیت شخصی انصراف خود را جهت اقدام مذکور اعلام می دارم.
تاریخ و ساعت انصراف از دریافت خدمت مورد نظر: امضاء و اثر انگشت:

*در موارد اقدامات اورژانسی و شرایط تهدیدکننده حیات، نیازی به تکمیل این جدول نمی باشد.

فرم ترک با مسئولیت شخصی (امتناع از دریافت مراقبت پزشکی توصیه شده)

اینجانب با میل شخصی خود برخلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول، بیمارستان را ترک می نمایم و اعلام می دارم که هیچ یک از تیم پزشکی و پرستاری و مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود، نمی دانم.
تاریخ و ساعت:
نام بیمار/ ولی/نماینده قانونی بیمار: امضاء و اثر انگشت:
نام شاهد) امضاء و اثر انگشت:

نام، مهر و امضاء پزشک معالج: Emergency Physician's Name/Signature/Stamp	نام، مهر و امضای پرستار: Nurse's Name/Signature/Stamp :	نام، مهر و امضای سوپروایزر کشیک اورژانس/بیمارستان: Supervisor's Name/Signature/Stamp:
--	--	--

Emergency Department History and Physical Examination Form

Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Attending Physician: پزشک معالج:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:			
Date & Time of First Visit: تاریخ و ساعت اولین ویزیت:	Described by: گوینده شرح حال:					
Chief Complaint: علت مراجعه (شکایت اصلی):						
Time of Onset of Symptoms: زمان شروع علائم بیماری:						
History: شرح حال:						
Medical History: سابقه پزشکی:						
Drug History: سابقه دارویی:						
History of Drug and Food Allergy: سابقه حساسیت دارویی و غذایی:						
State of Consciousness/Vital Sign: وضعیت هوشیاری/علائم حیاتی:						
Agitation <input type="checkbox"/> بی قراری	confusion <input type="checkbox"/> گیجی و منگی	Coma <input type="checkbox"/> کما	stupor <input type="checkbox"/> استوپور	Obtundation <input type="checkbox"/> ابتوندیشن	Lethargy <input type="checkbox"/> لتارژی	Alert <input type="checkbox"/> هوشیار
RR/min: تنفس:	BP _{mmHg} : فشار خون:	PR/min: تعداد ضربان:	T°C: دمای بدن:			
GCS: مقیاس کمای گلاسکو: M: V: E:	GAP Score: معیار شدت تروما:	SpO ₂ %: درصد اشباع اکسیژن:	Pain Score: شدت درد: <u>10</u>			
Physical Exam: معاینه فیزیکی:						
..... نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک اورژانس:	تشخیص اولیه/تشخیص افتراقی:					
Emergency Physician's Name/Signature/Stamp	Primary/ Differential Diagnosis					
Para-clinical Results and Progress Note: نتایج پاراکلینیک و سیر بیماری:						
..... نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک اورژانس:	تشخیص حین ارزیابی:					
Emergency Physician's Name/Signature/Stamp	Diagnosis During Evaluation					

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان:

فرم گزارش پرستاری بخش اورژانس

Emergency Department Nurse's Note Form

شماره پرونده بستری بخش اورژانس:

Emergency Record No:

Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Attending Physician:	پزشک معالج:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
--------------------	--------------	----------------------	-------------	-------	------	--------------	---------------

نام و امضاء پرستار: Nurse's Name & Signature:	مشاهدات و نظرات پرستار: Nurse's Observations & Notes :	اقدامات دارویی و درمانی: Medical Procedures & Treatments:	تاریخ / ساعت Date/Time:

Vital Signs Control:

کنترل و ثبت علائم حیاتی:

نام و امضاء پرستار: Nurse's Name & Signature:	درد Pain	درصد اشباع اکسیژن: Spo ₂ %:	قند خون: BS:	تنفس: RR/Min:	فشار خون: BP — mmHg:	تعداد ضربان: PR/Min:	دمای بدن: T ^o C:	تاریخ/ساعت: Date/Time:
	10							بدو ورود
								۲
								۳
								۴
								۵
								۶
								۷
								۸
								۹
								۱۰

فرم درخواست مشاوره بخش اورژانس
Emergency Department Consultation Form

Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Attending Physician: پزشک معالج:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
---------------------------------	----------------------------------	------------	----------------------------

Date of Request: تاریخ درخواست:	Time of Request: ساعت درخواست:	Consultation Requested With: درخواست مشاوره با سرویس تخصصی/فوق تخصصی:
---------------------------------	--------------------------------	---

نوع مشاوره:

Type of Consultation:
 Emergency: آئی:
 Urgent: فوریتی:
 Non Urgent غیرفوریتی:

Physician's Observation & Notes: مشاهدات و نظریات پزشک درخواست کننده مشاوره:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک درخواست کننده:

Requested Physician's Name/Signature/Stamp

Consultant Physician's Observation & Notes: مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

یادداشت پرستاری:	تاریخ و ساعت انجام مشاوره:
Nursing Notes	Date & Time
نام و امضاء پرستار:	نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک مشاور:
Nurse's Name & Signature	Consultant Physician's Name/Signature/Stamp

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان:

فرم خلاصه پرونده بخش اورژانس
Emergency Department Discharge Summary Formشماره پرونده بستری بخش اورژانس:
Emergency Record No:

Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Attending Physician:	پزشک معالج:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Final Diagnosis:	تشخیص نهایی:	Primary Diagnosis:	تشخیص اولیه:	Chief Complaint:	شکایت اصلی بیمار:		
Medical & Surgical Procedures:				اقدامات درمانی و اعمال جراحی:			
Results of Para-clinical Examination:				نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:			
Disease Progress (Cause of Death):				سیر بیماری:			
Patient's Condition on Discharge:				وضعیت بیمار هنگام ترخیص:			
Recommendations after Discharge (Diet and Drug):				توصیه‌ها و دستورات دارویی و غذایی پس از ترخیص:			
Attending Physician's Name/Signature/Stamp:				نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک معالج:			
Date & Time:				تاریخ و ساعت:			
						موارد آموزش مراقبت های پرستاری	
مراجعه بعدی شما جهت پیگیری درمان به واحد/بخش/درمانگاه در تاریخ می باشد.						پیگیری پس از ترخیص	
پیگیری دریافت جواب آزمایش/پاتولوژی و گزارش پاراکلینیک از واحد مربوطه انجام گیرد.							
در صورت مشاهده هرگونه علائم و نشانه‌های هشدار مانند سریعاً به اورژانس مراجعه نمایید.							
امضا و اثر انگشت بیمار و یا همراه بیمار:				مهر و امضا پرستار آموزش دهنده:			
تاریخ و ساعت:				تاریخ و ساعت:			