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:**

سطح تریاژ:
Level of Triage:

فرم پذیرش بخش اورژانس بیمارستان
EMERGENCY DEPARTMENT ADMISSION FORM

شماره پرونده بستری بخش اورژانس:
Emergency Record No:

Male ☐ مذکر Female ☐ مونث جنس: Sex:	Father's Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Married ☐ متاهل Single ☐ مجرد وضعیت تأهل: 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 :
آمبولانس ۱۱۵☐ آمبولانس خصوصی ☐ اورژانس هوایی ☐ مراجعه شخصی ☐ پلیس ☐ اعزام از سایر مراکز ☐ ارجاع از سایر مراکز ☐

Disease Code: کد بیماری:	Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:
Disease Code: کد بیماری:	Final Diagnosis: تشخیص نهایی:
Disease Code: کد بیماری:	External Cause: علت خارجی:

تعیین تکلیف بیمار

سرویس درمانی تعیین شده: ..... تاریخ و ساعت تعیین تکلیف:..... Date &Time of decision making:

تعیین نتیجه خروج تاریخ و ساعت خروج:..... Date &Time of Disposition/Discharge:

انتقال به بخش☐: ..... Transfer To Ward: ترخیص☐ Discharge: فوت☐ Death:

اعزام به بیمارستان☐:..... Transfer to Other Hospital and Cause ترک با مسئولیت شخصی ☐ Leave Against Medical Advice (AMA) ترک بدون اطلاع☐ Leave Without Notice:

علت اعزام:.....

نام، نام خانوادگی، مهر و امضاء مسئول پذیرش: Adm. Officer's Name & Signature/Stamp:	نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک معالج: Emergency Physician's Name & Signature/Stamp:	نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار مسئول بخش: Nurse's Name/Signature/Stamp :

این فرم با صفحه بعد به صورت پشت و رو چاپ شود

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: ..... امضا و اثرانگشت 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 می‌شود 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 داده‌ام.

تاریخ و ساعت اخذ رضایت‌نامه: ..... 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 می‌دارم. ☐

تاریخ و ساعت اخذ رضایت‌نامه: ..... 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 می‌دارم. ☐

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 نمی‌باشد.**

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

شماره پرونده بستری بخش اورژانس:
Emergency Record No:

فرم شرح حال و معاینه فیزیکی بخش اورژانس

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 ☐ بی قراری confusion ☐ گیجی و منگی Coma ☐ کما stupor ☐ استوپور Obtundation ☐ ابتوندیشن Lethargy ☐ لتارژی Alert ☐ 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:___/10

Physical Exam **معاینه فیزیکی:**

.....

.....

.....

.....

.....

تشخیص اولیه/تشخیص افتراقی: .....
Primary/ Differential Diagnosis

نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک اورژانس: .....
Emergency Physician's Name/Signature/Stamp

Para-clinical Results and Progress Note: **نتایج پاراکلینیک و سیر بیماری:**

.....

.....

.....

.....

تشخیص حین ارزیابی:.....
Diagnosis During Evaluation

نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک اورژانس: .....
Emergency Physician's Name/Signature/Stamp

IR.MOHHIM-ED2/2-0202

در پشت این فرم، فرم" دستورات پزشک بخش اورژانس" چاپ شود

فرم دستورات پزشک بخش اورژانس

Emergency Department Physician's Order Form

نام و امضاء پرستار: Nurse's Name & Signature:	نام و امضاء پزشک اورژانس: Emergency Physician's Name & Signature:	Physician's Orders: دستورات پزشک:	تاریخ/ساعت: Time:/Date

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:**

شماره پرونده بستری بخش اورژانس:
Emergency Record No:

فرم گزارش پرستاری بخش اورژانس

Emergency Department Nurse's Note Form

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 علایم حیاتی:**

نام و امضاء پرستار: Nurse's Name & Signature:	درد Pain 10	درصداشباع اکسیژن: Spo_2%:	قند خون: BS:	تنفس: RR/Min:	فشارخون: BP — mmHg:	تعداد ضربان: PR/Min:	دمای بدن: T^{oC}:	تاریخ/ساعت: Date/Time:	
									بدو ورود
									۲
									۳
									٤
									٥
									٦
									۷
									۸
									۹
									۱۰

در پشت این فرم، فرم "درخواست مشاوره بخش اورژانس" چاپ شود

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: آنی: ☐ Emergency: فوریتی: ☐ Urgent: غیرفوریتی: ☐ Non Urgent

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

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

Requested Physician's Name/Signature/Stamp

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

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

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:**

شماره پرونده بستری بخش اورژانس:
Emergency Record No:

فرم خلاصه پرونده بخش اورژانس

Emergency Department Discharge Summary Form

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	
پیگیری پس از ترخیص	مراجعه بعدی شما جهت پیگیری درمان به واحد/ بخش/ درمانگاه ..... در تاریخ ..... می باشد.
	پیگیری دریافت جواب آزمایش /پاتولوژی و گزارش پاراکلینیک از واحد مربوطه انجام گیرد.
	در صورت مشاهده هرگونه علائم و نشانه های هشدار مانند ..... سریعا به اورژانس مراجعه نمایید.

مهر و امضا پرستار آموزش دهنده: تاریخ و ساعت:	امضا و اثر انگشت بیمار و یا همراه بیمار: تاریخ و ساعت:

IR.MOHHIM-ED2/4-0202