



هوالشافی  
ستاد هدایت و اطلاع رسانی امور درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
(فرم اعزام بیمارین بیمارستانی)

بیمارستان مبدأ:

دولتی ☐ خصوصی ☐ تاریخ اعزام: ساعت خروج بیمار از بیمارستان:

نوع وسیله نقلیه: آمبولانس دولتی ☐ آمبولانس خصوصی ☐ نام راننده: نام و سمت پرسنل همراه:

نام نام خانوادگی:

نام پدر:

سن:

جنس:

مستقیم	نحوه اخذ پذیرش
ستاد هدایت	

ساعت اخذ پذیرش:

نام بیمارستان پذیرش دهنده:

تخصص:

نام پزشک پذیرش دهنده:

خلاصه شرح حال، معاینه بیمار در زمان اعزام و سطح هوشیاری و علائم حیاتی:

BP: /	PR:	RR:	BT:	SPO2:
-------	-----	-----	-----	-------

ALERT: <input type="checkbox"/>	VERBAL RESPONSE: <input type="checkbox"/>	PAIN RESPONSE: <input type="checkbox"/>	UNRESPONSIVE: <input type="checkbox"/>	سطح هوشیاری:
---------------------------------	---	---	--	--------------

سطح تریاژ براساس سیستم ESI: سطح ۱ ☐ سطح ۲ ☐ سطح ۳ ☐ سطح ۴ ☐ سطح ۵ ☐

شکایت اصلی بیمار:

خلاصه شرح حال:

تشخیص بیماری (تشخیص افتراقی):

یافته های پاراکلینیکی:

علت اعزام بیمار:

<input type="checkbox"/> فقدان تخصص مورد نیاز	<input type="checkbox"/> عدم حضور پزشک متخصص	<input type="checkbox"/> نبود یا خرابی تجهیزات پزشکی
<input type="checkbox"/> نداشتن تخت مورد نیاز		

دستورات پزشکی حین انتقال:

<input type="checkbox"/> حمایت از راه تنفسی	<input type="checkbox"/> اکسیژن تراپی	<input type="checkbox"/> کنترل علائم حیاتی	<input type="checkbox"/> کنترل BS	<input type="checkbox"/> کنترل خونریزی
<input type="checkbox"/> مونیتورینگ قلبی	<input type="checkbox"/> بی حرکت سازی ستون فقرات و گردن	<input type="checkbox"/> سایر:		

تجویز داروهای:

اقدامات درمانی انجام شده در مسیر انتقال:

<input type="checkbox"/> لوله گذاری راه هوایی	<input type="checkbox"/> تعبیه چست تیوب	<input type="checkbox"/> تعبیه NG Tube	<input type="checkbox"/> انجام CPR	<input type="checkbox"/> تعبیه سوند ادراری
<input type="checkbox"/> تهویه مکانیکی	<input type="checkbox"/> تجویز دارو:			
سایر:				

کنترل علائم حیاتی بیمار:

BP:						
PR:						
BT:						
RR:						

سوپر وایزر شیفت: مهر و امضاء

پزشک متخصص اعزام کننده: مهر و امضاء

## وضعیت بیمار در هنگام تحویل

(این قسمت توسط پزشک تحویل گیرنده بیمار تکمیل میگردد)

بیمارستان تحویل گیرنده بیمار:

علائم حیاتی و سطح هوشیاری بیمار در زمان تحویل:

BP :    /	PR:	RR:	BT:	SPO2:
-----------	-----	-----	-----	-------

سطح هوشیاری:

ALERT : <input type="checkbox"/>	VERBAL RESPONSE : <input type="checkbox"/>	PAIN RESPONSE : <input type="checkbox"/>	UNRESPONSIVE : <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--	--	---

انتوبه:	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
کارکرد مناسب لوله تراشه :	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
IV Line مناسب :	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر

خیر	بلی	جدول پسخوراند اعزام
		فرم اعزام بصورت کامل تکمیل شده و امضاء متخصص مربوطه دارد ؟
		مراقبتهای درمانی مناسب در بین راه انجام شده است ؟
		بیمار بصورت کامل و علمی توسط پرسنل همراه تحویل داده شد ؟
		نتایج آزمایشات و اقدامات درمانی یا پاراکلینیکی انجام شده همراه بیمار است ؟
		وضعیت بیمار با گزارش ارائه شده مطابقت دارد ؟
		بیمار اندیکاسیون اعزام به این مرکز را دارد ؟
		نیاز به تکمیل فرم نابسامانی اعزام دارد؟

نام پزشک متخصص تحویل گیرنده:

تاریخ و ساعت تحویل بیمار:

مهر و امضاء