



هوالشافی

ستاد هدایت و اطلاع رسانی امور درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز
(فرم اعزام مادر باردار)

بیمارستان مبدأ: دولتی ☐ خصوصی ☐ سایر موارد: تاریخ اعزام: ساعت اعزام:

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

نام بیمار: نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس:

بیمارستان پذیرش دهنده:	نام پزشک پذیرش دهنده	ساعت پذیرش:	نحوه اخذ پذیرش	مستقیم	ستاد هدایت
------------------------	----------------------	-------------	----------------	--------	------------

شکایت اصلی بیمار:

شرح حال بیمار:

.....

.....

.....

.....

BP:

/

PR:

RR:

FHR:

SPO2:

اقدامات درمانی با ذکر ساعت:

نتایج آخرین معاینه واژینال:

Station:	جایگاه جنین:	Effacement	افاسمان:	Dilatation:	دیلاتاسیون:
<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد	Position	وضعیت:		نمایش جنین:
وضعیت مایع آمنیوتیک:			زمان پارگی:	وضعیت کیسه آب:	

Obstetric history :

تاریخچه بارداری :

Living Child:	نوزاد زنده:	Abortion:	تعداد سقط:	Para:	تعداد زایمان:	Gravida	تعداد حاملگی:
by LMP	Gestational Age:	سن بارداری:	EDC:	تاریخ احتمالی زایمان	LMP:	اولین روز آخرین قاعدگی:	
by Sonography		با سونوگرافی:					

نتایج سونوگرافیهای انجام شده قبلی:

Past Medical History :

تاریخچه بیماری های قبلی :

HbsAg&HIV: <input type="checkbox"/>	هپاتیت ب وایدز	Hypertention <input type="checkbox"/>	فشار خون بالا:	Diabetes <input type="checkbox"/>	دیابت:	Heart dis. <input type="checkbox"/>	بیماری قلبی
Asthma : <input type="checkbox"/>	آسم:	Liver dis. <input type="checkbox"/>	بیماری کبدی:	Tuberculosis <input type="checkbox"/>	سل:	Kidney dis.. <input type="checkbox"/>	بیماری کلیوی
Coagulopathy <input type="checkbox"/>	اختلال انعقادی	Psychiatric dis. <input type="checkbox"/>	اختلال روانی:	Epilepsy <input type="checkbox"/>	صرع:	Thyroid dis. <input type="checkbox"/>	بیماری تیروئید
<input type="checkbox"/>	نازایی و استفاده از روش های کمک باروری:	<input type="checkbox"/>	ناهنجاری های دستگاه تناسلی:	Minor Thalassamia: <input type="checkbox"/>	تالاسمی مینور	Surgical history: <input type="checkbox"/>	سابقه عمل جراحی
Infertility & ART		Genital tract disorder					

علت اعزام بیمار (علل پزشکی یا غیر پزشکی) :

- ☐ فقدان تخصص مورد نیاز ☐ عدم حضور پزشک متخصص ☐ نبود یا خرابی تجهیزات پزشکی ☐ نداشتن تخت مورد نیاز
سایر :

دستورات پزشکی حین انتقال:

- ☐ حمایت از راه تنفسی ☐ اکسیژن تراپی ☐ کنترل علائم حیاتی ☐ کنترل BS ☐ کنترل خونریزی
مونیتورینگ قلبی ☐ سایر :

تجویز دارو :

داروها و اقدامات درمانی در حین انتقال : (توسط کادر درمانی همراه بیمار تکمیل میگردد)

- ☐ لوله گذاری راه هوایی ☐ تعبیه چست تیوب ☐ تعبیه NG Tube ☐ انجام CPR ☐ تعبیه سوند ادراری
تجویز دارو :

کنترل علائم حیاتی هر نیم ساعت در حین انتقال : (توسط کادر درمانی همراه بیمار تکمیل میگردد)

ساعت کنترل					
BP					
HR					
RR					
FHR					

پزشک اعزام کننده : مهر و امضاء

سوپر وایزر کشیک : مهر و امضاء

(توسط پزشک تحویل گیرنده بیمار در بیمارستان مقصد تکمیل میگردد)

BP: / PR: RR: FHR: SPO2:

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

خیر	بلی	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 نایبسامانی اعزام دارد ؟

مهر و امضاء پزشک تحویل گیرنده

بیمارستان مقصد :