



وزارتہائے صحت و خدمات
بہداشتی دہائی تہیز

ہواشانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

شماره:

تاریخ:

فرم گزارش نابسامانی در اعزام بیمار به معاونت درمان

نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: سن: تشخیص بیماری:

تاریخ اعزام: مرکز اعزام کننده: ساعت اعزام از مبدا: ساعت رسیدن به مقصد:

سوپر وایزر شیفت مبدا: سوپر وایزر شیفت مقصد: پزشک پذیرش گیرنده:

پزشک پذیرش دهنده: نام پرسنل همراه: پزشک ☐ پرستار ☐ بهیار ☐ تکنسین ☐ سایر ☐

اندیکاسیون اعزام بیمار: نبود بخش مربوطه ☐ نبود پزشک متخصص ☐ عدم حضور پزشک متخصص ☐ نبود تخت ویزه ☐ نیاز به تخت ویزه ☐

نبود تجهیزات پزشکی لازم ☐ نیاز به خدمات تشخیصی ☐ نیاز به مشاوره تخصصی ☐ مشکل مالی بیمار ☐ خرابی دستگاه تشخیصی ☐

تمایل بیمار ارایه خدمات درمانی خاص اعم از: دیالیز، کاتترگذاری.. ☐

علائم حیاتی بیمار هنگام پذیرش بیمار: BP PR RR T GCS

نابسامانی های مشاهده شده در امر اعزام بیمار

گزارش شرح حال خلاف واقع ☐ اعزام بیمار با شرایط نامناسب ☐ اعزام بیمار بدون اطلاع و هماهنگی ☐ تکمیل ناقص فرم اعزام ☐ سایر موارد ☐

توضیح:

مهر و امضاء مسئول اورژانس

مهر و امضاء پزشک شیفت اورژانس

مهر و امضاء سوپر وایزر کشیک

تذکر: اورژانس مراکز (مقصد) در صورت اعزام بیمار به صورت نابسامان به هر علت، موظف به پذیرش بیمار بوده و باید پس از تکمیل فرم نابسامانی از طریق ریاست آنرا به ستاد هدایت

درمان دانشگاه ارسال نمایند.