

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره
پرونده :

Unit No:

پرونده اورژانس
EMERGENCY RECORD

سابقه بستری:

☐ دارد ☐ ندارد

دفعات بستری :

ID No:	کد ملی:	Marrital status:	وضعیت تاهل:	Sex:	جنس:	Father Name:	نام پدر:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
		Married ☐ Single ☐	متاهل ☐ مجرد ☐	M ☐ F ☐	مذکر ☐ مؤنث ☐						
Place of Work:	محل کار:	Occupation:	شغل:	Religion:	مذهب:	Place of ID:	محل صدور شناسنامه:	Place of Birth:	محل تولد:	Date of Birth:	تاریخ تولد:
Address & Phone Number: آدرس و تلفن:											

Address & Phone:				آدرس و تلفن:				Accompanied By or Reffered By:				همراه یا معرف بیمار:											
Date:	تاریخ:	Discharge	ترخیص:	Admitting Physician:	پزشک بستری کننده:	Police	پلیس	Person	شخص	Ambulance	آمبولانس	Type of Entrance	نوع ورود:	Date:	تاریخ:	Admission	پذیرش						
Time:	ساعت:													Time:	ساعت:								
(Cause of Injury)				مجروح/مصدوم ☐				خودکشی ☐				شماره وسیله نقلیه Vehicle No. :				نوع پذیرش: Kind of Adm.							
(علت جراحت)				Injured								تصادفی ☐				مسمومیت ☐							
												Trauma				Poisoning							
																Illness							
Place of Accident:				محل حادثه:				Insurance Code:				شماره بیمه:				Insurance:				نوع بیمه:			
																				به مرکز انتظامی اطلاع داده شد. Police Center Was Informed.			
Time :				زمان حادثه:				Given by:								لیست اموال همراه بیمار:							
Disease Code:				کد:				Primary Diagnosis:								تشخیص اولیه:							
								Final Diagnosis								تشخیص نهایی:							
								External Cause:								علت خارجی:							
								Operation & Medical Procedures :								اعمال جراحی و اقدامات پزشکی:							
Discharge Without Physician's Order				ترخیص با میل شخصی ☐				Some Improvement				بهبود نسبی ☐				Recovered				بهبودی ☐			
Etc.:				غیره:				Follow up				پیگیری ☐				Expired				فوت نموده ☐			
				سایر موارد :				هفته دیگر.				مراجعه به درمانگاه / پزشک				توصیه‌های پس از ترخیص:							
Others :				Return to OPD / Physician.....				Week Time.				Recommendation on Discharge											
				به بیمارستان :				به بخش:				ساعت:				تاریخ:							
Transfer:				Date:				Time:				To Ward:				To Hospital:							
Cause of Death:				علت فوت:				Yes ☐				بله ☐				Date:				تاریخ:			
								No ☐				خیر ☐				Time:				ساعت:			
Nurse's Name & Signature:				نام و امضاء پرستار مسئول:				Oncall Physician's Name & Signature:				نام و امضاء پزشک متخصص:				Emergency Physician's Name & Signature:				نام و امضاء مسئول پذیرش:			

برگ پذیرش

شماره تلفن بیمارستان:

آدرس سایت الکترونیکی بیمارستان:

طرح استانداردسازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور - ۱۴۰۰/۰

اجازه معالجه و عمل جراحی		
اینجانب..... بیمار /ولی بیمار..... ساکن..... اجازه می‌دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی، و یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب / بیمار اینجانب به مورد گذارند و بدینوسیله برائت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد..... انجام می‌دهند اعلام می‌دارم. امضاء شاهد ۱)..... تاریخ شاهد ۲).....		
اجازه قطع عضو		
اینجانب..... بیمار /ولی بیمار..... اجازه می‌دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان (نام عضو) اینجانب را از ناحیه قطع نمایند . و بدینوسیله برائت پزشک یا پزشکان بیمارستان را از اقدام فوق که در مورد فوق انجام می‌دهند اعلام می‌نمایم . امضاء شاهد ۱)..... تاریخ شاهد ۲).....		
اجازه ترک با مسئولیت شخصی		
اینجانب (نام و نام خانوادگی بیمار) با میل شخصی خود بر خلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان این مرکز را ترک می‌نمایم و اعلام می‌دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می‌شود، نمی‌دانم. امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار		
نام و نام خانوادگی بیمار :	نام و نام خانوادگی یکی از بستگان درجه اول بیمار: (در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد)	نام و نام خانوادگی شاهد ۱:
تاریخ، امضا و اثر انگشت:	تاریخ، امضاء و اثر انگشت:	تاریخ، امضاء و اثر انگشت:
✳️ مستندات مربوط به آموزش به بیمار، در پرونده الصاق گردد (آموزش زمان ترخیص درخصوص تغذیه(پزشک- پرستار)- مراقبت در منزل(پزشک-پرستار) پیگیری پس از ترخیص (پرستار)- آموزش نوع مراقبت- آموزش روش های جایگزین درمانی - پیامدهای احتمالی ناشی از درمان- هزینه های درمانی- ثبت نام و مت افراد آموزش دهنده)		
اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی		
این جانب رضایت خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی خود / بیمار را در امور آموزشی ، تحقیقاتی درمانی و حقوقی توسط بیمارستان را اعلام می‌نمایم . امضاء شاهد ۱)..... تاریخ شاهد ۲).....		

Unit No:	شماره پرونده:	ID Code:	کد ملی:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Sex:	جنس:	Father Name:	نام پدر:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
						M	☐ مذکر						
						F	☐ مؤنث						

تاریخ	ساعت	اجرای دستورات داروئی و مهر و امضاء

تاریخ	ساعت	ثبت ارزیابی مراقبت های پرستاری و آموزش به بیمار و مهر و امضاء

Unit No:	شماره پرونده:	Father Name:	نام پدر:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Discharge Date:	تاریخ ترخیص:	Admission Date:	تاریخ پذیرش:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	ID Code:	کد ملی:

خلاصه پرونده			
(۱) شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه : (۲) تشخیص نهایی : (۳) اقدامات درمانی و اعمال جراحی : (۴) نتایج آزمایشات پاراکلینیک : (۵) سیر بیماری : وضعیت بیمار هنگام ترخیص : condition on disposition: بهبودی ☐ Recovered فوت ☐ Expired ترخیص با میل شخصی ☐ Discharge Without Physician's Order			
توصیه های پس از ترخیص			
۱- ۲- ۳-			
Date:	تاریخ:	Physician's Name & Signature:	نام و امضاء پزشک اورژانس :