

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

سابقه بستری:

دارد ندارد

دفعات بستری:

پرونده اورژانس

EMERGENCY RECORD

شماره
پرونده:

Unit No:

ID No:	کد ملی:	Marrital status:	وضعیت تاهل:	Sex:	جنس:	Father Name:	نام پدر:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
		Married <input type="checkbox"/>	متاهل <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	مذکر <input type="checkbox"/>						
		Single <input type="checkbox"/>	مجرد <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	مؤنث <input type="checkbox"/>						
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 Referred By:	همراه یا معرف بیمار:
------------------	--------------	--------------------------------	----------------------

Date:	تاریخ:	Admitting Physician:	پزشک بستری کننده:	Police <input type="checkbox"/>	شخص <input type="checkbox"/>	Ambulance <input type="checkbox"/>	نوع ورود:	Date:	تاریخ:
Time:	ساعت:			Police	Person	Ambulance	Type of Entrance	Time:	ساعت:

(Cause of Injury	مجرع، مصدوم <input type="checkbox"/>	خودکشی <input type="checkbox"/>	شماره وسیله نقلیه	تصادفی <input type="checkbox"/>	مسمومیت <input type="checkbox"/>	بیماری <input type="checkbox"/>	نوع پذیرش:
(Cause of Injury	Injured		Vehicle No. :	Trauma	Poisoning	Illness	Kind of Adm.

Place of Accident:	محل حادثه:	Insurance Code:	شماره بیمه:	Insurance:	نوع بیمه:	به مرکز انتظامی اطلاع داده شد.
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 <input type="checkbox"/>	ترخیص با میل شخصی <input type="checkbox"/>	Some Improvement <input type="checkbox"/>	بهبود نسبی <input type="checkbox"/>	Recovered <input type="checkbox"/>	بهبودی <input type="checkbox"/>	وضعیت بیمار هنگام ترخیص:
Etc.:	غیره:	Follow up <input type="checkbox"/>	پیگیری <input type="checkbox"/>	Expired <input type="checkbox"/>	فوت نموده <input type="checkbox"/>	Condition on Discharge

Others :	سایر موارد :	Return to OPD / Physician.....	هفته دیگر.	مراجعه به درمانگاه / پزشک	توصیه‌های پس از ترخیص:
		Week Time.	Recommendation on Discharge		

Transfer:	Date:	Time:	To Ward:	To Hospital:
-----------	-------	-------	----------	--------------

Cause of Death:	علت فوت:	Yes <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	Date:	تاریخ:
		No <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	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 پزشک اورژانس:	Adm. Officer's Name & Signature:	نام و امضاء مسئول پذیرش:
---------------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------------------	---	---------------------------	----------------------------------	--------------------------

برگ پذیرش

شماره تلفن بیمارستان:

آدرس سایت الکترونیکی بیمارستان:

طرح استانداردهای و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور - ۱۰۰/۰

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:
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 ۲ :
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 در خصوص 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 <input type="checkbox"/>	مذکر <input type="checkbox"/>						
						F <input type="checkbox"/>	مونث <input type="checkbox"/>						

ارزیابی بیمار توسط پزشک *

وضعیت هوشیاری بیمار:			Date:	تاریخ اخذ ارزیابی اولیه (شرح حال بیمار):
بیهوش	نیمه هوشیار	هوشیار	time:	ساعت:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patient's Condition	
Unconscious	Simiconscious	Conscious		

گوینده شرح حال :

Chief Complaint:

History:

ثبت وضعیت ارزیابی تسکینی، دارویی، تغذیه ای و خدمات ارتقای سلامت بیمار:

ثابت ارزیابی های مستمر پزشک اورژانس:

ساعت:

* بیمارستان هایی که برگه تأیید شده شرح حال دارند، می توانند بصورت آپشنال جایگزین این برگه نمایند. (به شرط دارا بودن تمام موارد ذکر شده فوق)

برگ ارزیابی بیمار توسط پزشک

شماره تلفن بیمارستان:
آدرس سایت الکترونیکی بیمارستان:

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 <input type="checkbox"/>	مذکر					F <input type="checkbox"/>	مونث

تاریخ	ساعت	اجرای دستورات داروئی و مهر و امضاء

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

برگ اجرای دستورات داروئی / مراقبت های پرستاری و آموزش

شماره تلفن بیمارستان:
آدرس سایت الکترونیکی بیمارستان:

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 <input type="checkbox"/>	مذکر <input type="checkbox"/>						
						F <input type="checkbox"/>	مونث <input type="checkbox"/>						

درخواست مشاوره

Physician's Observation & Notes: مشاهدات و نظریات پزشک درخواست کننده مشاوره (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها):

Date: تاریخ: Expert Knowledge of Consultant Physician تخصص پزشک مشاور Physician's Name & Signature: نام و امضاء پزشک:

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

نتایج آزمایش و رادیولوژی

Stick Laboratory & X-Ray Reports: محل الصاق اوراق آزمایش و رادیولوژی:

تفسیر ABG

تفسیر ECG

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:

condition on disposition:

وضعیت بیمار هنگام ترخیص:

Discharge Without Physician's Order

ترخیص با میل شخصی

Expired فوت

Recovered بهبودی

توصیه های پس از ترخیص

-۱

-۲

-۳

Date:	تاریخ:	Physician's Name & Signature:	نام و امضاء پزشک اورژانس:
-------	--------	-------------------------------	---------------------------

برگ خلاصه پرونده و توصیه های پس از ترخیص

شماره تلفن بیمارستان:

آدرس سایت الکترونیکی بیمارستان:

طرح استانداردهای و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور - ۱۰۰/۰