

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No: شماره پرونده:

 ندارد سابقه بستری دارد

National code کد ملی

پرونده اورژانس

EMERGENCY RECORD

<input type="checkbox"/>	شهری	Marrital status:	وضعیت تاهل:	Sex:	جنس:	Father Name:	نام پدر:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
<input type="checkbox"/>	روستایی	Married	<input type="checkbox"/> متاهل	M	<input type="checkbox"/> مذکر						
		Single	<input type="checkbox"/> مجرد	F	<input type="checkbox"/> 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 Referred By: همراه یا معرف بیمار:					
Date:	تاریخ:	Admitting Physician:	پزشک بستری کننده:	Police	پلیس	Person	شخص	Ambulance	آمبولانس	Type of Entrance	نوع ورود:
Time:	ساعت:	Discharge	ترخیص:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date:
											Time:
											Admission
نوع پذیرش: <input type="checkbox"/> بیماری <input type="checkbox"/> مسمومیت <input type="checkbox"/> تصادفی <input type="checkbox"/> کد وسیله نقلیه											
Rision of Admission: <input type="checkbox"/> Illness <input type="checkbox"/> Poisoning <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Injured <input type="checkbox"/> (Cause of Injury)											
Place of Accident:	محل حادثه:	Insurance Code:	شماره بیمه:	Insurance:	نوع بیمه:	به مرکز انتظامی اطلاع داده شد. Police Center Was Informed.					
						لیست اموال همراه بیمار: نام و امضاء تحویل گیرنده: Given by:					
Disease Code:	کد:	Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:									
		Final Diagnosis تشخیص نهایی:									
		External Cause: علت خارجی:									
		Operation & Medical Procedures : اعمال جراحی و اقدامات پزشکی:									
انتقال به (نام بخش / بیمارستان) : Transfer to (Hospital name/Ward name) :											
<input type="checkbox"/> To Hospital به بیمارستان											
<input type="checkbox"/> To Ward به بخش											
Cause of Death:	علت فوت:	Yes	<input type="checkbox"/> بله	No	<input type="checkbox"/> خیر	Autopsy	اتوپسی شده:	Date:	تاریخ:	Death	فوت:
								Time:	ساعت:		
نام و امضاء پرستار مسئول:			نام و امضاء پزشک متخصص:			نام و امضاء پزشک اورژانس:			نام و امضاء مسئول پذیرش:		
Nurse's Name & Signature:			Oncall Physician's Name & Signature:			Emergency Physician's Name & Signature:			Adm. Officer's Name & Signature:		

ثبت وضعیت ارزیابی بیمار توسط پزشک:	وضعیت هوشیاری بیمار: Patient's Condition هوشیار <input type="checkbox"/> نیمه هوشیار <input type="checkbox"/> بیهوش <input type="checkbox"/> Conscious Simiconscious Unconscious	Date: ساعت:	
---------------------------------------	---	----------------------------	--

Described by:
 Chief Complaint:
 History:
 کوبیده شرح حال:
 علت مراجعه: (شکایت اصلی):
 شرح حال:
 ثبت وضعیت ارزیابی تسکینی، دارویی، تغذیه ای و خدمات ارتقای سلامت بیمار:

ارزیابی بعدی پزشک:
 Date: ساعت:
 تاریخ:

محدوده اولین ارزیابی پرستار:
 Date: ساعت:
 تاریخ:

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

نام، مهر و امضاء پرستار:
 Nurse's Name & Signature:

Vital Signs Control				کنترل علائم حیاتی							
Output		Intake		علائم عصبی Neurologic signs	رفلکس مردمک Pupil reflex	فشارخون B.P.	تنفس Resp.	نبض Pulse	درجه حرارت Temp.	ساعت Time	تاریخ Date
مقدار Amount	از طریق By	مقدار Amount	از طریق By								

ارزیابی مددکاری بیمار بر اساس فرد پاسخگوی خط مشی مرکز:
 Signature: مهر و امضا:
 Time: ساعت:
 Date: تاریخ:

تاریخ	ساعت	دستورات دارویی پزشک	آموزش های پزشکی	مهر و امضاء:
Date	Time	Physician's Drug orders		Signature
تعیین تکلیف بیمار :				
تاریخ:	Date:	ساعت:	Time:	Name & Signature.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دستور بستری	انتقال یا اعزام	ترخیص با نسخه	DC – فوت	تحت نظر تا ارزیابی بعدی
ارجاع به سرویس				

تاریخ	ساعت	گزارش اجرای دستورات دارویی توسط پرستار*	آموزش پرستاری	مهر و امضاء:
Date	Time			Signature
چک تعیین تکلیف :				
تاریخ:	Date:	ساعت:	Time:	Name & Signature.....
				مهر و امضاء پرستار مسئول :
ثبت زمان دقیق خروج بیمار از اورژانس:				
تاریخ: Date:				
ساعت: Time:				
*توجه: (اجرای داروهای مخدر از قبیل دیگوکسین وریدی، تغذیه وریدی، انسولین و منطبق بر خط مشی تدوینی مراکز بوده و ثبت مهر و امضاء پرستار دوم در موارد فوق الزامی است.)				

محل الصاق بر چسب شناسایی بیمار شامل دادهایی: کد ملی ، نام نام خانوادگی ، شماره پرونده، تاریخ تولد، جنس، تاریخ پذیرش، نوع بیمه، شغل، ادرس،

Laboratory & X-Ray Results:

نتایج آزمایش و رادیولوژی:

Stick Laboratory & X-Ray Reports:

محل الصاق اوراق آزمایش و رادیولوژی و نوار قلبی و اکوکاریوگرافی:

زمان اطلاع به پزشک آنکال:

Name:..... نام و نام خانوادگی تماس گیرنده :

Time :..... ساعت :

Date:..... تاریخ :

درخواست مشاوره

CONSULTATION REQUEST

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

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

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

توصیه های پس از ترخیص Recommendation on Discharge

- ۱
- ۲
- ۳
- ۴

وضعیت بیمار هنگام ترخیص condition on disposition:

بهبودی Recovered فوت Expired ترخیص با میل شخصی Discharge Without Physician's Order

نام و امضاء پزشک مشاور: Consultant Physician's Name & Signature: تاریخ: Date: