

کد پذیرش :

هوالشافی

عمل نصب

برچسب

تریاز

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم تریاز اورژانس بیمارستان

نام ونام خانوادگی بیمار: تاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:

سن: جنس: مرد زن باردار

نحوه ارجاع: آمبولانس 115 آمبولانس خصوصی وسیله شخصی: امداد هوایی: سایر:

مراجعه 24 ساعت قبل:

شکایت اصلی بیمار:

سابقه حساسیت دارویی و غذایی:

شرایط تهدید کننده حیات(سطح 1):

سطح هوشیاری بیمار: **A V P U**

مخاطره راه هوایی دیسترس تنفسی سیانوز علائم شوک **Spo2<90**

بیماران پر خطر (سطح 2):

شرایط پرخطر لتارژی و خواب آلودگی درد یا دیسترس شدید

سابقه ی پزشکی: سابقه دارویی:

علائم حیاتی: **T: RR: PR: BP: Spo2:.....%**

بیماران سطح 3:

تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس: **2 و بیشتر**

علائم حیاتی: **T: RR: PR: BP: Spo2:.....%**

سایر بیماران (سطح 4 و 5):

تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس **1** مورد هیچ

سطح تریاز بیمار: **5** **4** **3** **2** **1**

ارجاع به:

ساعت و تاریخ ارجاع:

نام و امضای پرستار تریاز: