وزارت بهداشت ،درمان وآموزش

مرکز مدیریت حوادث وفوریتهای پزشکی کشور

وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی ....................

فرم تریاژ بیـــمارستانی بخش اورژانس بیمارستان....................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام ونام خانوادگی بیمار: ...................... تاریخ مراجعه: .................... ساعت مراجعه: ....................  سن: ................ جنس: زن مرد  نحوه ارجاع: آمبولانس 115 آمبولانس خصوصی وسیله شخصی امداد هوایی سایر  مراجعه قبلی در24ساعت گذشته: سابقه بستری درسه ماهه قبلی: | | |
| شکایت اصلی بیمار: ................................ | | |
| سابقه حساسیت دارویی وغذایی :........................................ | | |
| شرایط تهدید کننده حیات (سطح 1): | | |
| سطح هوشیاری بیمار: A V P U  مخاطره راه هوایی دیسترس تنفسی سیانوز علائم شوک | | |
| بیماران پرخطر(سطح 2): | |  |
| شرایط پرخطر لتارژی وخواب آلودگی درد یا دیسترس شدید  سابقه پزشکی:...................... سابقه دارویی:......................  علائم حیاتی:  BS گلوکومتری: PR RR T BP SPO2 | | | | | |
| بیماران سطح 3 : | | | | | |
| تعداد تسهیلات موردنیاز بیماردراورژانس : 2مورد وبیشتر  علائم حیاتی:  BS گلوکومتری: PR RR BP T SPO2 | | | | | |
| سایر بیماران (سطوح 4و5):  تعداد تسهیلات موردنیاز بیماردربخش اورژانس : 1مورد | | | هیچ | | |
| ارجاع به قسمت یا بخش: ............................. تاریخ وساعت ارجاع بیمار: ......................... نام ونام خانوادگی وامضای مسئول تریاژ:............................................. | | |  | | |
| نظر پزشک معالج : **تعیین سطح تریاژ بیمار توسط پزشک: سطح 3 سطح4 سطح 5**  **تاریخ و ساعت ویزیت :** | | | | | |  |  |
|  | | | | | |  |
| مهر و امضا پزشک معالج | | | | | |  |