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 Uمخاطره راه هوایی دیسترس تنفسی سیانوز علائم شوک  |
| بیماران پرخطر(سطح 2): |  |
|  شرایط پرخطر لتارژی وخواب آلودگی درد یا دیسترس شدیدسابقه پزشکی:...................... سابقه دارویی:......................علائم حیاتی:BS گلوکومتری: PR RR T BP SPO2  |
| بیماران سطح 3 : |
| تعداد تسهیلات موردنیاز بیماردراورژانس : 2مورد وبیشترعلائم 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  |  |