

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

کارت ترخیص نوزاد
NEONATAL DISCHARGE CARD

شماره پرونده: Unit No:

نام مادر:	نام نوزاد:	نام خانوادگی نوزاد:
نام پدر:	آدرس:	تلفن:
تاریخ و ساعت تولد:	وزن:	قد:
دور سر:	نوع زایمان:	در صورت زایمان غیرطبیعی علت آن:
آیا نوزاد تنفس خودبخودی داشته <input type="checkbox"/> یا احیا شده <input type="checkbox"/> علت: <input type="checkbox"/>		
آپگار نوزاد پس از تولد:	گروه خونی مادر و RH:	گروه خونی نوزاد و RH:
وضعیت واکسیناسیون نوزاد:	در صورت بیمار بودن نوزاد نوع بیماری:	
سایر توضیحات:		
نام و امضاء پرستار مسئول بخش:		

طرح استانداردسازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۴۰۰/۰۵/۰۶

کارت ترخیص نوزاد