

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان:

سطح تریاژ: Level of Triage:

فرم پذیرش و خلاصه ترخیص بخش اورژانس بیمارستان
EMERGENCY DEPARTMENT ADMISSION FORM

شماره پرونده بستری بخش اورژانس:
Emergency Record No:

Male <input type="checkbox"/> مذکر Female <input type="checkbox"/> مونث	جنس: Sex:	Father's Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	وضعیت تاهل: Marital status	Place of Birth: محل تولد:	Date of Birth: تاریخ تولد:	ID Code: کد ملی:
Occupation/Work Place: شغل/محل کار:		Patient's Phone Number: شماره تلفن بیمار:		
Patient's Address: آدرس بیمار:				
Admitting Physician: پزشک بستری کننده:		Name & Phone of Accompanied/ referred By: نام و شماره تلفن همراه/معرف بیمار:		
Insurance: نوع بیمه:		Admission Date: تاریخ پذیرش:		
Insurance Code: شماره بیمه:		Admission Time: ساعت پذیرش:		
Disease Code: کد بیماری:	Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:			
Disease Code: کد بیماری:	Final Diagnosis: تشخیص نهایی:			
Disease Code: کد بیماری:	External Cause: علت خارجی:			
Date & Time of decision making تعیین تکلیف بیمار سرویس درمانی تعیین شده: تاریخ و ساعت تعیین تکلیف:				
Date & Time of Disposition/Discharge: تعیین نتیجه خروج تاریخ و ساعت خروج:				
Death: <input type="checkbox"/> فوت Discharge: <input type="checkbox"/> ترخیص Transfer To Ward: انتقال به بخش ترک بدون اطلاع <input type="checkbox"/> ترک با مسئولیت شخصی <input type="checkbox"/> اعزام به بیمارستان <input type="checkbox"/> Leave Without Notice Leave Against Medical Advice (AMA) Transfer to Other Hospital and Cause علت اعزام:				
نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار مسئول بخش: Nurse's Name & Signature/Stamp:		نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک معالج: Emergency Physician's Name & Signature/Stamp:		نام، نام خانوادگی، مهر و امضاء مسئول پذیرش: Adm. Officer's Name & Signature/Stamp:

اجازه استفاده از اطلاعات پرونده پزشکی بیمار

اینجانب رضایت خود/بیمار خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی در امور آموزشی، تحقیقاتی، درمانی و حقوقی، توسط بیمارستان اعلام می دارم.

تاریخ و ساعت: امضا و اثر انگشت بیمار/ همراه بیمار:

رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی*

اینجانب دکتر پزشک معالج بیمار توضیحات کافی را در خصوص ضرورت انجام اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی که به منظور تشخیص و یا درمان بیماری انجام می شود و همچنین عوارض احتمالی استفاده از روش های توصیه شده و یا عواقب ترک درمان را ، به آقای/خانم گیرنده خدمت ولی/نماینده قانونی گیرنده خدمت ارائه داده ام.

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: مهر و امضاء پزشک معالج:

اینجانب بیمار ولی/نماینده قانونی بیمار دارای کد ملی تاریخ تولد .../.../..... این فرم را مطالعه نموده و با توضیحات ارائه شده توسط پزشک معالج از ضرورت انجام، عوارض و یا عواقب احتمالی پذیرش و یا عدم پذیرش اقدام تشخیصی/درمانی/جراحی آگاهی پیدا کردم و آزادانه و آگاهانه : رضایت خود را جهت اقدام مذکور اعلام می دارم.

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: امضاء و اثر انگشت:

علی رغم توضیحات کادر درمان مبنی بر ایجاد هر گونه عارضه ترک درمان، با قبول مسئولیت شخصی انصراف خود را جهت اقدام مذکور اعلام می دارم.

تاریخ و ساعت انصراف از دریافت خدمت مورد نظر: امضاء و اثر انگشت:

*در موارد اقدامات اورژانسی و شرایط تهدیدکننده حیات، نیازی به تکمیل جدول فوق نمی باشد.

فرم ترک با مسئولیت شخصی (امتناع از دریافت مراقبت پزشکی توصیه شده)

اینجانب با میل شخصی خود برخلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول، بیمارستان را ترک می نمایم و اعلام می دارم که هیچ یک از تیم پزشکی و پرستاری و مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود، نمی دانم.

تاریخ و ساعت:

نام بیمار/ ولی/نماینده قانونی بیمار: امضاء و اثر انگشت:

نام شاهد) امضاء و اثر انگشت:

نام، مهر و امضاء پزشک معالج:
Emergency Physician's Name/Signature/Stamp

نام، مهر و امضای پرستار:
Nurse's Name/Signature/Stamp :

نام، مهر و امضای سوپروایزر کشیک اورژانس/بیمارستان:
Supervisor's Name/Signature/Stamp:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان:

فرم خلاصه پرونده بخش اورژانس

Emergency Department Discharge Summary Form

کد شناسه بیمار: Patient ID Code

Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Attending Physician:	پزشک معالج:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Final Diagnosis:	تشخیص نهایی:	Primary Diagnosis:	تشخیص اولیه:	Chief Complaint:	شکایت اصلی بیمار:		
Medical & Surgical Procedures:							اقدامات درمانی و اعمال جراحی:
Results of Para-clinical Examination:							نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:
Disease Progress (Cause of Death):							سیر بیماری:
Patient's Condition on Discharge:							وضعیت بیمار هنگام ترخیص:
Recommendations after Discharge (Diet and Drug):							توصیه‌ها و دستورات دارویی و غذایی پس از ترخیص:
Attending Physician's Name/Signature/Stamp:							نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک معالج:
Date & Time:							تاریخ و ساعت:
							موارد آموزش مراقبت های پرستاری
مراجعه بعدی شما جهت پیگیری درمان به واحد/بخش/درمانگاه در تاریخ می باشد.							پیگیری پس از ترخیص
پیگیری دریافت جواب آزمایش/پاتولوژی و گزارش پاراکلینیک از واحد مربوطه انجام گیرد.							
در صورت مشاهده هرگونه علائم و نشانه های هشدار مانند سریعا به اورژانس مراجعه نمایید.							
مهر و امضا پرستار آموزش دهنده:							مهر و امضا پرستار آموزش دهنده:
امضا و اثر انگشت بیمار و یا همراه بیمار:							تاریخ و ساعت:
تاریخ و ساعت:							تاریخ و ساعت: