

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 پذیرش و خلاصه ترخیص بخش اورژانس بیمارستان

EMERGENCY DEPARTMENT ADMISSION FORM

سطح تریاژ: Level of Triage:

شماره پرونده بستری بخش اورژانس:

Emergency Record No:

Male ☐ مذکر جنس:	Father's Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Female ☐ مؤنث Sex:			
Married ☐ متأهل وضعیت: تاهل:	Place of Birth: محل تولد:	Date of Birth: تاریخ تولد:	ID Code: کد ملی:
Single ☐ مجرد Marital status:			
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: ☐ فوت	Discharge: ☐ ترخیص	Transfer To Ward:	انتقال به بخش: ☐
☐ ترک بدون اطلاع Leave Without Notice	☐ ترک با مسئولیت شخصی Leave Against Medical Advice (AMA)	☐ اعزام به بیمارستان 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 امضای سوپروایزر کشیک اورژانس/بیمارستان: Supervisor's Name/Signature/Stamp:	نام، مهر و امضای پرستار: Nurse's Name/Signature/Stamp :	نام، مهر و امضاء پزشک معالج: Emergency Physician's Name/Signature/Stamp
--	--	--



فرم درخواست مشاوره بخش اورژانس
Emergency Department Consultation Form

[illegible]

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 پاراکلینیک:							
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 توخیص
پیگیری دریافت جواب آزمایش/پاتولوژی و گزارش پاراکلینیک از واحد مربوطه انجام گیرد.							
در صورت مشاهده هرگونه علائم و نشانه های هشدار مانند..... سریعاً به اورژانس مراجعه نمایید.							
مهر و امضا پرستار آموزش دهنده:				امضا و اثر انگشت بیمار و یا همراه بیمار:			
تاریخ و ساعت:				تاریخ و ساعت:			