



Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Fathers Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

بررسی پرستار اتاق عمل Review of Op. Room Nurses		Date of Operation: تاریخ عمل جراحی:	
نظریه Notes	تأیید O.K.	Diagnosis: تشخیص:	
	<input type="checkbox"/>	Name of Operation: نام عمل جراحی:	
	<input type="checkbox"/>	Site of Operation: سمت عمل: چپ <input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> Left Right	
	<input type="checkbox"/>	Preparation of Op. Site: آماده نمودن محل عمل:	
	<input type="checkbox"/>	Consent form Attached <input type="checkbox"/> اجازه نامه عمل جراحی ضمیمه است <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Patient's ID. Tag Affixed to ..... بسته شده است	
	<input type="checkbox"/>	B.P. After Using Premed Drugs: فشار خون پس از داروهای بیهوشی:	B.P. on Adm: فشار خون موقع پذیرش:
	<input type="checkbox"/>	Hb & Hct: هموگلوبین و هماتو کریت:	Urea: اوره خون:
	<input type="checkbox"/>	Blood Sugar: قند خون:	RH: گروه خون:
	<input type="checkbox"/>	Blood Group: اره اش:	
	<input type="checkbox"/>	Time of the Last Urination Prior to Operation: ساعت آخرین ادرار قبل از عمل	
	<input type="checkbox"/>	Vital Signs before Op. : Vital Signs: تنفس: نبض: حرارت: عمل: Resp. Pulse Temp.	
	<input type="checkbox"/>	Under Treatment With These Drugs: تحت درمان با داروهای:	
	<input type="checkbox"/>	Pre- Operation Drugs & Last Dose: داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده آنها:	
	<input type="checkbox"/>	Pre- medication Effect: اثر پیش داروها:	
	<input type="checkbox"/>	Asleep <input type="checkbox"/> خواب Sleepy <input type="checkbox"/> خواب آلوده Awake <input type="checkbox"/> بیدار	
	<input type="checkbox"/>	اوراق آزمایشگاهی: کافی <input type="checkbox"/> اوراق رادیولوژی: کافی <input type="checkbox"/> گزارش پرستار: کافی <input type="checkbox"/> Laboratory Sheets Enough Radiology sheets Enough Nurses Report Enough	
	<input type="checkbox"/>	اعضای مصنوعی دارد: بله <input type="checkbox"/> برداشته شد: بله <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> خارج گردید: <input type="checkbox"/> سایر متعلقات: <input type="checkbox"/> ساعت: <input type="checkbox"/> انگشتر: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prosthesis Removed Others Watch Ring	
امضاء پرستار اتاق عمل:		Remarks: ملاحظات:	
Signature of Op. Room Nurse:		Ward Nurse's Signature: نام و امضاء پرستار بخش:	



برگ مراقبت بعد از عمل جراحی  
RECOVERY ROOM RECORD

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Fathers Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				
Date:	تاریخ:	Kind of Anes:	نوع بیهوشی:	Kind of Op.	نوع عمل جراحی:		
Exit:	خروج:					IN:	ورود:
Time:	ساعت:					Time:	ساعت:
Gen Gond:	وضع عمومی:					Gen. Gond:	وضع عمومی:
Awakeness:	بیداری:					Awakens:	بیداری:
B.P.	فشار خون:					B.P.	فشار خون:
Pulse:	نبض:					Pulse:	نبض:
Respiration:	تنفس:					Respiration:	تنفس:
Local Cyanosis:	سیانوز موضعی:					Local Cyanosis:	سیانوز موضعی:
Gen. Cyanosis	سیانوز عمومی:					Gen. Cyanosis:	سیانوز عمومی:
Skin Colour:	رنگ پوست:					Skin Colour:	رنگ پوست:
Skin Temp:	حرارت پوست:					Skin Temp:	حرارت پوست:
	امضاء پرستار:						امضاء پرستار:
Total Amount	جمع مقدار					Intravenous Fluid	مایعات داخل وریدی:
						Blood	خون
						Plasma	پلازما
						Glucose & Crystalloids	گلوکز و مایعات الکترولیت
						Excreted Fluids	مایعات دفع شده
						Fl. Balance	تعداد مایعات
Surgeon:	جراح:					Observation & Treatments	مشاهدات و معالجات در زمان مراقبت
Through:	از راه:					Oxygen ( Lit/P.M)	اکسیژن (لیتر در دقیقه)
By:	بوسیله:					Artificial resp.	تنفس مصنوعی
Anesthesiologist Name & Signature:							امضاء و نام متخصص بیهوشی:







**PHYSICIAN ORDERS SHEET**

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Fathers Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				

امضاء پرستار Sign Of Nurses	امضاء پزشک Sign Of Physician	دستورات Orders	ساعت Time	تاریخ Date







Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date OF Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father,s Name: نام پدر:
		Bed: تخت:		
I			V1	
II			V2	
III			V3	
aVR			V4	
aVL			V5	
aVF			V6	
Interpretation:	Rate:	Rhythm	AQRS	تفسیر:
	P-R	QRS	QT VAT QRS-T	Angie
Diagnosis :				تشخیص:
Cardiologist Sign :	امضاء کاردیولوژیست:	Cardiologist Name:	کاردیولوژیست:	Date: تاریخ:





برگ بیهوشی

ANESTHESIA RECORD

National ID: کد ملی:

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Fathers Name: نام پدر:
Date of Anesthesia: تاریخ بیهوشی:	Fasting: ناشتایی:	Height: قد:	Weight: وزن:

Suggested Operation: عمل جراحی پیشنهاد شده: Pre-Operation Diagnosis: تشخیص قبل از عمل:

Pre medication													
<input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Ultrasound guided	موسرها	<input type="checkbox"/> Des <input type="checkbox"/> Sevo <input type="checkbox"/> Iso (%)											
		<input type="checkbox"/> N2O <input type="checkbox"/> Air (L/mi)											
		Oxygen (L/min)											
		Narcotic:											
		Hypnotic:											
<input type="checkbox"/> Sedation <input type="checkbox"/> MAC	مابعات و خون												
<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Pre-Oxygenation <input type="checkbox"/> Endotracheal Tube Size: ..... <input type="checkbox"/> Laryngeal Mask Size: ..... <input type="checkbox"/> Face Mask <input type="checkbox"/> Armored Tube <input type="checkbox"/> Difficult <input type="checkbox"/> Non-Traumatic <input type="checkbox"/> Rapid sequence <input type="checkbox"/> Induction with Cricoid pressure <input type="checkbox"/> TIVA	مانیتورینگ	ECG (Dysrhythmia)											
		% O <sub>2</sub> inspired (FiO <sub>2</sub> )											
		O Saturation (SPO)											
		End Tidal CO <sub>2</sub>											
		Temp: <input type="checkbox"/> °C <input type="checkbox"/> °F											
		BIS											
		CVP											
		Urine (ml)											
		Blood Loss (ml)											
		Intravenous Lines Size: .... Site: ..... Size: .... Site: ..... Size: .... Site: ..... Size: .... Site: ..... <b>Monitoring</b> <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> NIBP <input type="checkbox"/> Arterial Line (IBP) Size: .... Site: ..... Ultrasound guided <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Central Venous Line Size: .... Site: ..... Ultrasound guided <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Peripheral Nerve Stimulator <input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> Cerebral Oximetry <input type="checkbox"/> TOF <input type="checkbox"/> Other	علامت حیاتی	Baseline Values	200								
BP	180												
PR	160												
	140												
RR	120												
	100												
GCS	80												
	60												
T	40												
Disability	20												
تهویه	Tidal Vol. (ml)												
	Resp. Rate												
	Peak Pressure (cm H <sub>2</sub> O)												
	PEEP (cm H <sub>2</sub> O)												
	I/E Ratio												
Position													
Risk		E	1	2	3	4	5	6					
<input type="checkbox"/> Eye Taped Shut <input type="checkbox"/> Pressure points padding	Reversal <input type="checkbox"/> Neostigmine <input type="checkbox"/> Atropine <input type="checkbox"/> Sugammadex	Anesthesia nurse	کارشناس بیهوشی										
		Anesthesiologist	آستزیولوژیست										



**برگ بیهوشی**  
ANESTHESIA RECORD

Circular nus:	سیر کولر:	Scrub nus:	اسکراب عمل:	Assistant	کمک جراح:	Surgeon:	جراح:
<b>Lab. Results:</b>				نتایج آزمایشگاهی:			
BG & Rh:	Hb:	Hct:	Plt:				
Bun:	Cr:	Na:	K:	BS:			
PT:	PTT:	INR:	PFA-100	aPTT:			
ECG, Echocardiography , CXR Finding:				نتایج رادیوگرافی، اکوکاردیوگرافی، الکتروکاردیوگرافی:			
Consultation :				مشاوره قلب یا سایر مشاوره ها:			
Allergies:				حساسیت دارویی:			
Pre-oP Complications:				عوارض پیش از عمل:			
Intra-oP Complications:				عوارض هنگام عمل:			
Post-oP Complications:				عوارض پس از عمل:			
Anes. Time:	مدت زمان بیهوشی:	Stop Time:	زمان پایان بیهوشی:	Start Time:	زمان شروع بیهوشی:		
<b>End Time:</b>		<b>Consciousness:</b>		<b>Pain Score:</b>			
PACU:	HR=	BP=	RR=	SpO <sub>2</sub> =	FiO <sub>2</sub> =		







Former Record : سابقه بستری شدن:  
None ندارد Present دارد  
دفعات بستری:

No. of Hosp :

ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET

ID-No: ش شناسنامه:	Marital States Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل: تاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	Sex: جنس: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Father Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Place of Work: محل کار:	Occupation: شغل:	Religion: مذهب:	Place of ID: محل صدور شناسنامه:	Place of Birth: محل تولد:	Date of Birth: تاریخ تولد:	
Address & Phone Number: آدرس و تلفن:						
Address & Phone: آدرس و تلفن:			Accompanied By or Referred By: همراه یا معرف بیمار:			
Date: تاریخ:	Admitting Physician: پزشک بستری کننده:	Ward: بخش:	Date: تاریخ:	Admission پذیرش		
Time: ساعت:	Discharge: ساعت:			Time: ساعت:		
Insurance Code: شماره بیمه:	Insurance: نوع بیمه:	به مرکز انتظامی ..... اطلاع داده شد.		اورژانس <input type="checkbox"/>	بستری <input type="checkbox"/>	سرپایی <input type="checkbox"/>
		Police Center was Informed		Emergency	Hosp.	O.P.D
From Hospital: از بیمارستان:	To Ward: به بخش:	To Ward: به بخش:	Transfer Date: تاریخ انتقال:			
To Hospital: به بیمارستان:						
Lab & X-Rays (Results): آزمایشات و عکسبرداری (نتایج):						
Code: کد:	Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:					
Interim Diagnosis: تشخیص حین درمان:						
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:						
External Cause: علت خارجی:						
Operation & Other Procedures(With Date): اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی با ذکر تاریخ:						
Discharge Without Physician Order: <input type="checkbox"/> ترخیص با میل شخصی						
Some Improvement <input type="checkbox"/> بهبودی نسبی						
Recovered <input type="checkbox"/> بهبودی						
Condition on Discharge: فوت نموده <input type="checkbox"/> Expired <input type="checkbox"/> پیگیری: <input type="checkbox"/> Follow up <input type="checkbox"/> غیره:						
Etc:						
Others: توصیه های پس از ترخیص: مراجعه به درمانگاه / پزشک: ..... هفته دیگر سایر موارد: .....						
Return to OPD/Physician ..... Week Time. Recommendation on Discharge						
Cause Of Death: علت فوت:	Before 24 Hours: <input type="checkbox"/> فوت: قبل از ۲۴ ساعت	After 24 Hours: <input type="checkbox"/> فوت: بعد از ۲۴ ساعت	Death	Date: تاریخ:	فوت: ساعت: Death	
Length Of Stay: مدت اقامت بیمار:	No. of Consultation: تعداد مشاوره:	بله: <input type="checkbox"/> yes: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Did The Patient have Consultation?		
Adm . Officer Signature: امضاء مسئول بخش پذیرش:	Attending Physician Signature: امضاء پزشک معالج:	Resident Signature: امضاء رزیدنت:	Head Nurse Of Service Signature: امضاء سرپرستار بخش:			



## LETTER OF AUTHORIZATION

تمامی رضایت نامه ها باید دارای امضاء یا اثر انگشت مشخص بیمار باشد ( در صورتی که بیمار به سن قانونی نرسیده باشد و یا دچار اختلالات ذهنی و روانی باشد باید توسط ولی یا سرپرست قانونی وی تکمیل گردد).

### اجازه معالجه و عمل جراحی

اینجانب ..... بیمار / ولی بیمار ساکن ..... اجازه می دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان ..... هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی، و یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب / بیمار اینجانب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله برائت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد ..... انجام می دهند اعلام می دارم .

امضاء ..... شاهد (۱) .....  
تاریخ ..... شاهد (۲) .....

### اجازه قطع عضو

اینجانب ..... بیمار / ولی بیمار ساکن ..... اجازه می دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان ( نام عضو ) ..... اینجانب / بیمار اینجانب را از ناحیه ..... قطع نمایند و بدینوسیله برائت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از اقدام فوق که مورد ..... انجام می دهند اعلام می دارم.

امضاء ..... شاهد (۱) .....  
تاریخ ..... شاهد (۲) .....

### اجازه ترخیص با میل شخصی

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

امضاء بیمار ..... امضای یکی از بستگان درجه اول بیمار ..... شاهد (۱) .....  
( در صورتی که بیمار قادر به امضای نباشد )  
تاریخ : .....

### اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی

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

توسط بیمارستان ..... اعلام می دارم .  
تاریخ : ..... امضاء بیمار یا ولی بیمار..... شاهد (۱) .....  
شاهد (۲) .....

### فرم اجازه ارائه کپی مدارک بالینی

اینجانب ..... با آگاهی کامل از محتویات پرونده پزشکی خود افراد ذیل را به عنوان نماینده قانونی جهت دریافت کپی مدارک بالینی معرفی می نمایم. بدیهی است که افراد معرفی شده ذیل می توانند با مراجعه به بیمارستان و تکمیل فرم درخواست کپی پرونده اینجانب را دریافت نمایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	مدت زمان دسترسی
1				نامحدود <input type="checkbox"/> تا مورخ : .....
2				نامحدود <input type="checkbox"/> تا مورخ : .....
3				نامحدود <input type="checkbox"/> تا مورخ : .....

امضاء و اثر انگشت بیمار/ ولی بیمار ..... تاریخ و ساعت : .....

نام و نام خانوادگی و امضای شاهد اول : ..... نام و نام خانوادگی و امضای شاهد دوم :

\* این فرم در زمان ترخیص توسط بیمار تکمیل گردد.

\* بیمار می تواند دسترسی افراد معرفی شده را برای مدت زمان خاص با تکمیل ستون آخر محدود نماید.

\* تکمیل این فرم توسط بیمار اختیاری بوده و لزومی به تکمیل آن توسط کلیه بیماران نمی باشد.

تحویل مدارک بالینی اینجانب به هیچکس مجاز نمی باشد.  امضاء و اثر انگشت بیمار: .....





## برگ خلاصه پرونده

Clinic No: شماره درمانگاهی:

Unit No: شماره پرونده:

## UNIT SUMMARY SHEET

Attending Physician : پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission : تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Fathers Name: نام پدر:
Date of Discharge: تاریخ ترخیص:	Occupation: شغل:	Marital Status: وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل single <input type="checkbox"/> مجرد	Sex: جنس: Male <input type="checkbox"/> مرد Female <input type="checkbox"/> زن
Address & Phone No: آدرس و شماره تلفن:			
Chief Complaint Of The Patient History & Primary Diagnosis : شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه:			
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:			
Medical & Surgical Procedures: اقدامات درمانی و اعمال جراحی:			
Results of clinical Examination: نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:			
Disease Progress (Cause Of Death) : سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ):			
Patient's Condition At The Time Of Discharge : وضعیت بیمار هنگام ترخیص:			
Recommendations After Discharge : توصیه های پس از ترخیص:			
Attending Phsician's Name & Sign: نام و امضای پزشک معالج:			





## برگ درخواست مشاوره

شماره پرونده: Unit No:

## CONSULTATION REQUEST SHEET

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date Of Birth: تاریخ تولد:	Fathers Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		
Date of Request: تاریخ درخواست:	Time of Request: ساعت درخواست:	Consultation Requested With: درخواست مشاوره با:	
Kind of Consultation: نوع مشاوره:	Non Emergency <input type="checkbox"/> اورژانس: Emergency <input type="checkbox"/>	Requestive Physician: نام پزشک درخواست کننده:	
Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:			
Subject of Consultation & Clinical Notes: گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره:			
Consultation physician S Observation & Notes: مشاهدات و نظرات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه ها):			
Date: تاریخ:	Consultation Physician Name & Signature: نام پزشک مشاور و امضا:		





Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:		Family Name: نام خانوادگی:			
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:		Father Name: نام پدر:			
		Bed: تخت:						
Out Put دفع			Intake جذب				Date: تاریخ:	
ترشحات مختلف Other Secretion	استفراغ Vomit	مدفوع Stool	ادرار Urine	راههای دیگر Other Ways	مایعات I,V. Fluid	خون Blood	راه دهان Oral	ساعت Time
								جمع ۱۲ ساعته 12 Hr. Total
								جمع ۱۲ ساعته 12 Hr. Total
								جمع ۲۴ ساعته 24 Hr. Total









شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Fathers Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				

Stick 2 nd report محل چسباندن دومین گزارش

Stick First report محل چسباندن اولین گزارش







برگ درخواست مشاوره بیهوشی پیش از عمل  
ANESTHESIOLOGIC CONSULTATION REQUEST FORM

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Fathers Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		
Date of Request : تاریخ درخواست :	Requesting Physician: نام و مهر و امضای پزشک درخواست کننده:	Time of Request : ساعت درخواست :	
	Primary Diagnosis : تشخیص اولیه :		
	Clinical Reports & Object of Consultation: گزارشهای کلینیکی و موضوع مشاوره :		
Smoking: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Drug Abuse: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Pack-year: چند سال : Cessation: چه میزان : چند وقت است ترک کرده ؟	<b>Anes. &amp; Op. History:</b> پیشینه آنستزی و عمل جراحی : نوع آنستزی : تاریخ آخرین آنستزی : پیامد بیهوشی: زردی <input type="checkbox"/> تب بالا <input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> تاخیر در بیدار شدن <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> دیگر موارد: ... پیشینه آنستزی و پیامد در بستگان :	
Et-OH: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	چند سال : چند وقت است ترک کرده ؟	<b>Dis. History:</b> پیشینه بیماری: متابولیک: دیابت <input type="checkbox"/> هپاتیت <input type="checkbox"/> نارسایی کلیه <input type="checkbox"/> تیروئید : هایپر <input type="checkbox"/> هایپو <input type="checkbox"/> پیشینه‌ی رفاکس خالکوبی ... <b>CNS</b> سابقه CVA <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> سنکوپ <input type="checkbox"/> فلج اندامها <input type="checkbox"/> دیسک کمر یا گردن <input type="checkbox"/> ضعف اندامها <input type="checkbox"/> آسیب اعصاب محیطی <input type="checkbox"/> قلب و عروق : فشارخون بالا <input type="checkbox"/> تنگی نفس فعالیتی <input type="checkbox"/> محدودیت فعالیت <input type="checkbox"/> آریتمی <input type="checkbox"/> پیشینه‌ی سکنه قلبی <input type="checkbox"/> نارسایی قلبی <input type="checkbox"/> تنفس و ششها : تنگی نفس <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> سرما خوردگی 2 هفته اخیر <input type="checkbox"/> انعقادی : پیشینه ی خونریزی غیر معمول <input type="checkbox"/> سابقه خانوادگی <input type="checkbox"/> پیشینه ی خونریزی لته هنگام مسواک زدن <input type="checkbox"/> سابقه DVT <input type="checkbox"/> آمبولی ریه <input type="checkbox"/> بیماری دیگر؟	
<b>Lab. Results:</b>			
BG & Rh	Hb	Hct	Plt
Bun	Cr	Na	K
PT	PTT	INR	BT
			CT
<b>Airway Examination:</b>	<b>معاینه راه هوایی :</b>		
	دندان لقی :	دندان مصنوعی :	باز شدن دهان :
	ملمپاتی	ULBT :	فاصله TM :
	سر و گردن	ext گردن :	flx گردن :
BP:	HR:	ملتحمه :	
RR:	T:	سمع قلب :	
		سمع ریه :	اندامها
ECG			
CXR			
Echocardiography			
ABG			
Spirometry			
<b>Orders:</b>	<b>دستورها و توصیه ها :</b>		
	<b>METs</b>		
	حساسیت دارویی :		
	حساسیت غذایی :		
	وضعیت بارداری :		
Date: تاریخ :	Consultant Physician Name & Signature:		نام پزشک مشاور و امضاء :





شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:		Name: نام:		Family name: نام خانوادگی:	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:		Date of Birth: تاریخ تولد:		Fathers Name: نام پدر:	
		Bed: تخت:					
Date: تاریخ:		Second Assistant: کمک دوم:		First Assistant: کمک اول:		Surgeon: جراح:	
Assistant Nurse: پرستار کمک:		Nurse of Op. Room: پرستار اتاق عمل:		Kind of Anesthesia: نوع بیهوشی:		Anesthesist: بیهوشی دهنده:	
Kind of Operation: نوع عمل: In-patient <input type="checkbox"/> بستری      Out-patient <input type="checkbox"/> سرپائی				Time of Op. : End Time: ساعت خاتمه		Beginning Time: ساعت شروع	
Pre-Op.Diagnosis: تشخیص قبل از عمل:							
Post-Op.Diagnosis: تشخیص بعد از عمل:							
Kind of Operation: نوع عمل جراحی:							
Specimen: نمونه برداشته شده: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد							
Procedure and Findings: شرح عمل و مشاهدات:							

شمارش گازها و لوازم قبل از عمل و بعد از آن منطبق می باشد؟  
 خیر     بله  
 Correct Swab/Instrument Counts:      yes     NO

نمونه جهت آزمایش فرستاده شده:  
 خیر     بله  
 Specimen Sent to Laboratory:    Yes     NO

Nurse Of Op. Room Signature:      امضاء پرستار اتاق عمل:

برگ گزارش عمل جراحی  
OPERATION REPORT SHEET

ادامه شرح از صفحه قبل : \_\_\_\_\_ Continue: \_\_\_\_\_

دستورات بعد از عمل : \_\_\_\_\_ Post - Op. Orders: \_\_\_\_\_

امضاء جراح : \_\_\_\_\_ Surgeon Signature: \_\_\_\_\_





## برگ گزارش پاتولوژی

## PATHOLOGY REPORT SHEET

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		
Pathology Sample NO: شماره نمونه پاتولوژی:	Date of Report: تاریخ تنظیم گزارش:	Date Recived: تاریخ دریافت نمونه:	
Biopsy Location , and Sample Description: شرح مشخصات و محل برداشتن نسج:			
Preservative: محلول نگهدارنده:			
Macroscopic Examination: معاینات ماکروسکوپی:			
Microscopic Examination: معاینات میکروسکوپی:			
Diagnosis: تشخیص:			
Pathologist Name & Signature: نام و امضاء پاتولوژیست:			





## برگ شرح حال و معاینه بدنی

شماره پرونده: Unit No:

## MEDICAL HISTORY &amp; PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Fathers Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

Chief Complaint: شکایت اصلی بیمار:

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:

Past Diseases History: تاریخچه بیماریهای قبلی:

Current Drug Therapy &amp; Other Addiction: داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات:

Allergy to: حساسیت به:

Family History: سوابق فامیلی:

physical &amp; Clinical Examination: معاینات بدنی و بررسی بالینی:

Skin:  پوست:

Skull:  جمجمه:

Ear:  گوش:

please Complete the Revers Side.

لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

برگ شرح حال و معاینه بدنی

MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued)

معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه):

Eyes: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> چشم:
Nose: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> بینی:
Mouth: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> دهان:
Throat: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> گلو:
Neck: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> گردن:
Lymph: Nodes: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> غدد لنفاوی:
Chest: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> قفسه سینه:
Breast: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> پستان:
Heart: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> قلب:
Lung: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> ریه:
Vessels: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> عروق:
Abdomen: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> شکم:
Genital Organ (Male): <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> اندام تناسلی (مذکر):
Genital Organ (Female): <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> اندام تناسلی (مونث):
Rectum: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> مقعد:
Nervous System: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> اعصاب:
Extremities: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> اندام ها (فوقانی، تحتانی):
Bones-Joints-Muscles: <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> استخوان - مفاصل - عضلات:

توضیح در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگاہهای فوق در مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت  مشخص گردد.

NOTE: In case of abnormalities in any organ please explain in front of it, other wise please mark with

SUMMARY:

خلاصه:

Primary DX:

تشخیص اولیه:

Signature of Examining Physician:

امضاء پزشک معاینه کننده:





## برگ سیر بیماری

Unit No: شماره پرونده:

## PROGRESS NOTES SHEET

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

امضاء پزشک Signature of Physician	پیشرفت معالجات Treatment Progresses	تاریخ Date









برگ گزارش پرستار  
NURSES NOTE SHEET

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Fathers Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

مشاهدات ، نظرات و امضای پرستار Observation & Consideration & Sign of Nurse	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	ساعت Time	تاریخ Date





برگ کنترل علائم حیاتی  
VITAL SIGNS SHEET

شماره پرونده: Unit No: \_\_\_\_\_

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:				
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Fathers Name: نام پدر:				
Bed: تخت:							
امضاء Signature	مشاهدات و ملاحظات Observation & Remarks	فشار خون B.P	تنفس Resp.	نبض Pulse.	حرارت Temp.	ساعت Time	تاریخ Date







برگ نمودار علائم حیاتی  
COMPOSITE GERAPHIC CHART

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Fathers Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

تاریخ: Date :			روزهای بستری: Hosp. Days		روزهای بعد از عمل: Post-OP. Days		A.M. صبح		P.M. عصر		A.M. صبح		P.M. عصر		A.M. صبح		P.M. عصر	
فشارخون B. P.	نبض Pulse	حرارت Temp	8	12	8	12	8	12	8	12	8	12	8	12	8	12	8	12
250	160	41.5																
240	150	41																
230	140	40.5																
220	130	40																
210	120	39.5																
200	110	39																
190	100	38.5																
180	90	38																
170	80	37.5																
160	70	37																
150	60	36.5																
140	50	36																
130	40	35.5																
120	30	35																
110	20	RESPIRATION																
100																		
90																		
80																		
70																		
60																		
50																		
40																		
30																		
20																		
10																		
جذب و دفع مایعات: Fluid Ab. & Ex.			جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.
جمع 24 ساعت: Tot. 24 Hr.																		
دهان: Oral																		
از راه ورید: I.V.																		
خون: Blood																		
ادرار: Urine																		
سایر ترشحات: Other Secretion																		
مدفوع: Stool																		
وزن: Weight																		
فشارخون: B.P.																		
حرارت: Temp.																		



برگ نمودار علائم حیاتی  
COMPOSITE GRAPHIC CHART

تاریخ: Date :														
روزهای بستری: Hosp. Days														
روزهای بعد از عمل: Post-OP. Days														
فشارخون B. P.	نبض Pulse	حرارت Temp	صبح 8 A.M.	عصر 12 P.M.	صبح 8 A.M.	عصر 12 P.M.	صبح 8 A.M.	عصر 12 P.M.	صبح 8 A.M.	عصر 12 P.M.	صبح 8 A.M.	عصر 12 P.M.	صبح 8 A.M.	عصر 12 P.M.
250	160	41.5												
240	150	41												
230	140	40.5												
220	130	40												
210	120	39.5												
200	110	39												
190	100	38.5												
180	90	38												
170	80	37.5												
160	70	37												
150	60	36.5												
140	50	36												
130	40	35.5												
120	30	35												
110	20	<b>RESPIRATION</b>												
100														
90														
80														
70														
60														
50														
40														
30														
20														
10														
جذب و دفع مایعات: Fluid Ab. & Ex.			جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع EX.
جمع 24 Tot. 24 Hr. ساعته														
دهان Oral														
از راه ورید I.V.														
خون Blood														
ادرار Urine														
سایر ترشحات Other Secretion														
مدفوع Stool														
وزن Weight														
فشارخون B.P.														
حرارت Temp.														

