

**فرم صورتجلسه ترک بدون اطلاع بیمار**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام ونام خانوادگی بیمار: | شماره پرونده:  | تاریخ پذیرش:  |
| تشخیص بیماری:  | نام بخش:  | شماره تماس بیمار :  |
| تاریخ ترک بیمارستان:  | ساعت اطلاع از نبود بیمار:  | ساعت اولین تماس با بیمار/ همراه بیمار: |
| ساعت دومین تماس با بیمار/ همراه بیمار:  | ساعت سومین تماس با بیمار/ همراه بیمار:  | ساعت اطلاع به انتظامات: |
| ساعت اطلاع به سوپروایزر:  | ساعت اطلاع به پزشک:  | ساعت اطلاع به پلیس: |

شرح بیماری( توسط پزشک تکمیل شود):

اقدامات و پیگیری های انجام شده:

نتیجه اقدامات انجام شده:

مهرو امضای پزشک معالج ویا مقیم: نام و امضاء پرستار مسئول بیمار:

نام و امضاء سرپرستار یا مسئول شیفت: نام و امضاء مدیر کشیک:

نام و امضاء نماینده حراست/ انتظامات: نام و امضاء سوپروایزر:

مهرو امضاء مسئول فنی: