**کد پذیرش: هوالشافی**

**سطح تریاژنهایی**

.................

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..........................**

**فرم تریاژ اورژانس زایمان بیمارستان..............................**

نام ونام خانوادگی مددجو: ......................................................................... تاریخ مراجعه:........................... ساعت مراجعه:.................................

سن: باردار 🞏غیرباردار**🞏**

**نحوه ارجاع:** آمبولانس 115🞏 آمبولانس خصوصی🞏 وسیله شخصی🞏 امدادهوایی 🞏 سایر🞏

**نحوه ورود** : با برانکارد 🞏 با ویلچر 🞏 با پای خود 🞏 باهمراه 🞏 بدون همراه 🞏 سایر 🞏

مراجعه 24 ساعت قبل 🞏

شکایت اصلی مددجو: ............................................................................................................................................................................................

سابقه حساسیت دارویی و غذایی:..**.....................................................................................................................................................................**

**شرایط تهدید کننده حیات (سطح 1)**

سطح 1 : شرایط تهدید کننده حیات

مصادیق مادر: سطح هوشیاری مددجو : A V P U

مخاطره راه هوایی سیانوز علایم شوک تشنج تروما خونریزی شدید واژینال (دفع لخته) زایمان قریب الوقوع

سردرد شدید تاری دید درد اپی گاستر

مصادیق جنین:

احساس بیرون زدگی بندناف توسط مادر  *عدم حرکت* در جنین بالای 25 هفته

**مددجویان پر خطر (سطح 2)**

لتارژی و خواب آلودگی دیسترس شدید تنفسی درد شدید همراه با بیقراری

انقباضات تتانیک رحم تب بالای 39 درجه پارگی کیسه آب استفراغ شدید بالای 24 هفته حاملگی کاهش حرکات جنین در جنین بالای 25 هفته خونریزی خفیف تا متوسط واژینال

افت های قلب جنین انقباضات شدید رحمی در مادران با سابقه دوباریا بیشتر سزارین یا جراحی روی رحم

سابقه پزشکی:.................................................................. سابقه دارویی:.........................................................

علایم حیاتی\*: BP: PR: RR: T: FHR:

**مددجویان سطح 3:**

تعداد تسهیلات مورد نیاز مددجو در اورژانس: 2 و بیشتر 🞏

علایم حیاتی: BP: PR: RR: T: FHR:

**سایر مددجویان (سطح 4 و 5):**

تعداد تسهیلات مورد نیاز مددجو در اورژانس: 1 مورد 🞏 هیچ 🞏

سطح تریاژ مددجو: 5 🞏 4 🞏 3 🞏 2🞏 1 🞏

ارجاع به کدام قسمت بخش اورژانس: ....................................

\* ثبت علایم حیاتی برای مددجویان سطح 2 با تشخیص مامای تریاژ و لزوم عدم تاخیر در رسیدگی به مددجویان با شرایط پر خطر

**ساعت و تاریخ ارجاع:...................... نام و امضای مامای تریاژ..............................**

|  |
| --- |
| **شرح حال و دستورات پزشک:**  **تاریخ و ساعت ویزیت: مهر و امضاء پزشک:.....................................................** |
| **گزارش مامایی:**    **ساعت و تاریخ گزارش:** **مهرو امضاء ماما:.......................................................** |
| |  |  | | --- | --- | |  | **مرخص گردید.** | | **بيمار در تاريخ................... و ساعت ..............................** | **دربخش................................................................... بستری گردید.** | | **به درمانگاه همان بیمارستان.................................... فرستاده شد.** | |  | **به بیمارستان............................................................. اعزام گردید.** | |
| **اجازه معالجه و عمل جراحی**  **اینجانب.............................................................مددجو / ولی مددجو، 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 / مددجو اینجانب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله برائت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را ازکلیه اقدامات فوق که در مورد ........................................................انجام دهند اعلام می دارم.**  **شاهد 1)............................................تاريخ....................................**  **شاهد 2)............................................. امضا....................................** |
| **اجازه ترخیص یا میل شخصی**  **اینجانب.................................... با میل شخصی خود بر خلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان....................این مرکز را ترک می نمایم و اعلام می دارم که هیچ یک از مسئولین عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود را برعهده ندارند.**  **امضاء مددجو............................... امضاء یکی از بستگان درجه اول مددجو...............**  **شاهد 1)............................................تاريخ....................................**  **شاهد 2)............................................. امضا....................................** |