

کد پذیرش:

هوالشافی

سطح تریاژ

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

..... فرم تریاژ پرستاری اورژانس بیمارستان.....

نام و نام خانوادگی بیمار: تاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:

سن: جنس: مرد زن بارداری

نحوه ارجاع: آمبولانس ۱۱۵ آمبولانس خصوصی وسیله شخصی امداد هوایی

سایر:
مراجعه ۲۴ ساعت قبل

شکایت اصلی بیمار:

سابقه حساسیت دارویی و غذایی:

شرایط تهدید کننده حیات (سطح ۱)

سطح هوشیاری بیمار: A V P U
مخاطره راه هوایی دیسترس تنفسی سیانوز علائم شوک $Spo_2 < 90$

بیماران پر خطر (سطح ۲)

شرایط پرخطر: لئارژی و خواب آلودگی درد یا دیسترس شدید
سابقه پزشکی: سابقه دارویی:
علائم حیاتی*: BP: PR: RR: T: Spo2:%

بیماران سطح ۳:

تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس: ۲ و بیشتر
علائم حیاتی: BP: PR: RR: T: Spo2:%

سایر بیماران (سطح ۴ و ۵):

تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس: ۱ مورد هیچ

سطح تریاژ بیمار: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
ارجاع به کدام قسمت بخش اورژانس:

* ثبت علائم حیاتی برای بیماران سطح ۲ با تشخیص پرستار تریاژ و لزوم عدم تاخیر در رسیدگی به بیماران با شرایط پر خطر

ساعت و تاریخ ارجاع:

نام و امضای پرستار تریاژ:



مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
اداره اورژانس بیمارستانی - کمیته کشوری تریاژ
فرم تریاژ بخش اورژانس بیمارستان



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی

شرح حال و دستورات پزشک:

تاریخ و ساعت ویزیت:

مهر و امضاء پزشک:.....

گزارش پرستاری:

ساعت و تاریخ گزارش:

مهر و امضاء پرستار:.....

مرخص گردید.

در بخش..... بستری گردید.

بیمار در تاریخ..... و ساعت.....

به درمانگاه همان بیمارستان..... فرستاده شد.

به بیمارستان..... اعزام گردید.

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 دهند اعلام می دارم.

شاهد (۱)..... تاریخ.....

شاهد (۲)..... 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 بیمار..... امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار.....

شاهد (۱)..... تاریخ.....

شاهد (۲)..... امضا.....