

سطح تریاژ
.....

هوالشافی

کد پذیرش:

..... 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 باردار

نحوه ارجاع: آمبولانس ۱۱۵ آمبولانس خصوصی وسیله شخصی امدادهوایی

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 علایم شوک

علایم حیاتی: Spo2:% BP: PR: RR: T:

بیماران پر خطر (سطح ۲)

شرایط پرخطر: لتارژی و خواب آلودگی درد یا دیسترس شدید

سابقه پزشکی: سابقه دارویی:

Spo2:%

بیماران سطح ۳:

تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس: ۲ و بیشتر

علایم حیاتی: BP: PR: RR: T:

سایر بیماران (سطح ۴ و ۵):

تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس: هیچ ۱ مورد

سطح تریاژ بیمار: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

ارجاع به:

(منظور از "ارجاع به"، یکی از قسمت های داخل بخش اورژانس است که در صفحه ۹ مورد ۵ در دستورالعمل ذکر شده است)

ساعت و تاریخ ارجاع: نام و امضای پرستار تریاژ:

شرح حال و دستورات پزشک:

تاریخ و ساعت ویزیت:

مهر و امضاء پزشک:

گزارش پرستاری:

ساعت و تاریخ گزارش:

مهر و امضاء پرستار:

مرخصی گردید.

بیمار در تاریخ و ساعت در بخش بستری گردید.
به درمانگاه همان بیمارستان فرستاده شد.
به بیمارستان ارجاع 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) امضاء

اجازه ترخیص یا معیل شخصی

اینجانب یا معیل شخصی خود بر خلاف صلاح بد 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 نمی دانم.
امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار

شاهد (۱) تاریخ

شاهد (۲) امضاء