

سطح تریاژ نهایی

هوالشافی

کد پذیرش:

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

فرم تریاژ اورژانس زایمان بیمارستان.....

نام و نام خانوادگی: تاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:

سن: باردار ☐ غیرباردار ☐
 نحوه ارجاع: آمبولانس ۱۱۵ ☐ آمبولانس خصوصی ☐ وسیله شخصی ☐ امداد هوایی ☐ سایر ☐
 نحوه ورود: با برانکارد ☐ با ویلچر ☐ با پای خود ☐ به همراه ☐ بدون همراه ☐ سایر ☐ مراجعه ۲۴ ساعت قبل ☐

شکایت اصلی:

سابقه حساسیت دارویی و غذایی:

شرایط تهدید کننده حیات (سطح ۱)

سطح ۱: شرایط تهدید کننده حیات

مصادیق مادر: سطح هوشیاری: 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 ۲۵ هفته ☐

پر خطر (سطح ۲)

لتارژی و خواب آلودگی ☐ دیسترس شدید تنفسی ☐ درد شدید همراه با بیقراری ☐
 انقباضات تتانیک رحم ☐ تب بالای ۳۹ درجه ☐ پارگی کیسه آب ☐ استفراغ شدید بالای ۲۴ هفته حاملگی ☐
 کاهش حرکات جنین در جنین بالای ۲۵ هفته ☐ خونریزی خفیف تا متوسط واژینال ☐
 افت های قلب جنین ☐ انقباضات شدید رحمی در مادران با سابقه دوبار یا بیشتر سزارین یا جراحی روی رحم ☐
 سابقه پزشکی: سابقه دارویی:
 علایم حیاتی*: BP: PR: RR: T: FHR:

سطح ۳:

تعداد تسهیلات مورد نیاز مددجو در اورژانس: ۲ و بیشتر ☐
 علایم حیاتی: BP: PR: RR: T: FHR:

سایر (سطح ۴ و ۵):

تعداد تسهیلات مورد نیاز مددجو در اورژانس: ۱ مورد ☐ هیچ ☐

سطح تریاژ مددجو: ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ۴ ☐ ۵ ☐

* ثبت علایم حیاتی برای سطح ۲ با تشخیص مامای تریاژ و لزوم عدم تاخیر در رسیدگی به مددجویان با شرایط پر خطر

نام و امضای مامای تریاژ:

شرح حال و دستورات پزشک:

تاریخ و ساعت ویزیت:

مهر و امضاء پزشک:.....

گزارش مامایی:

ساعت و تاریخ گزارش:

مهر و امضاء ماما:.....

مرخص گردید.

دربخش..... بستری گردید.

بیمار در تاریخ..... و ساعت.....

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 از کلیه اقدامات فوق که در مورد..... انجام دهند اعلام می دارم.

شاهد (۱)..... تاریخ.....

شاهد (۲)..... امضا.....

اجازه ترخیص با 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 این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود، نمی دانم.

امضاء بیمار..... امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار..... شاهد (۱).....

(در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد)

تاریخ..... شاهد (۲).....