

Emergency Department Consultation Form

Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Attending Physician:	پزشک معالج:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Request:	تاریخ درخواست:	Consultation Requested With:					
Time of Request:	ساعت درخواست:	درخواست مشاوره با سروس تخصصی حقوق تخصصی:					
Non Urgent <input type="checkbox"/> غیر فوری: <input type="checkbox"/> Urgent: <input type="checkbox"/>		فوریتی: <input type="checkbox"/>		Emergency: <input type="checkbox"/>		نوع مشاوره: <input type="checkbox"/>	
Physician's Observation & Notes: <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div>							
نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک درخواست کننده: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>							
Requested Physician's Name/Signature/Stamp							
Consultant Physician's Observation & Notes: <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div>							
مشاورات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها): <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div>							
نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک مشاور: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>							
Consultant Physician's Name/Signature/Stamp							
یادداشت پرستاری: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>				تاریخ و ساعت انجام مشاوره: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
Nursing Notes				Date & Time			
نام و امضاء پرستار: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>				نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک مشاور: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
Nurse's Name & Signature				Consultant Physician's Name/Signature/Stamp			

Ministry of Health & Medical Education
University of Medical Sciences: دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی:
Medical Center: مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان:
Emergency Department Discharge Summary Form
 فورم خلاصه پرونده بخش اورژانس

شماره پرونده بستری بخش اورژانس:
 Emergency Record No:

Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Attending Physician:	پزشک معالج:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Final Diagnosis:		تشخیص نهایی:	تشخیص اولیه:	Chief Complaint:		شکایت اصلی بیمار:	
Medical & Surgical Procedures:		اقدامات درمانی و اعمال جراحی:					
Results of Para-clinical Examination:		نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:					
Disease Progress (Cause of Death):		مسیر بیماری:					
Patient's Condition on Discharge:		وضعیت بیمار هنگام ترخیص:					
Recommendations after Discharge (Diet and Drug):		توصیه‌ها و دستورات دارویی و غذایی پس از ترخیص:					
Attending Physician's Name/Signature/Stamp:		نام و نام خانوادگی، مهر و اعضای پزشک معالج:					
Date & Time:		تاریخ و ساعت:					
مراجعه بعدی شما جهت پیگیری درمان به واحد/بخش/درمانگاه در تاریخ می باشد.		موارد آموزش مراقبت های پرستاری					
		پیگیری پس از ترخیص					
		پیگیری دریافت جواب آزمایش/پاتولوژی و گزارش پاراکلینیک از واحد مربوطه انجام گیرد.					
در صورت مشاهده هر گونه علامت و نشانه های هشدار مانند سریعاً به اورژانس مراجعه نمایید.							
مهر و امضا پرستار آموزش دهنده:		امضا و اثر انگشت بیمار و یا همراه بیمار:		تاریخ و ساعت:			

سطح تریاژ:

شماره پرونده بستری بخش اورژانس:
Emergency Record No:

Male <input type="checkbox"/> مذکر Female <input type="checkbox"/> مؤنث		جنس: Sex:		نام پدر: Father's Name:		نام: Name:		نام خانوادگی: Family Name:	
Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد		وضعیت تاهل: Marital status:		محل تولد: Place of Birth:		تاریخ تولد: Date of Birth:		کد ملی: ID Code:	
Occupation/Work Place:				شغل/محل کار:		Patient's Phone Number:			
Patient's Address:				آدرس بیمار:					
Admitting Physician:				پزشک بستری کننده:		نام و شماره تلفن همراه/معرف بیمار:			
Insurance:		نوع بیمه:		تاریخ پذیرش:		تاریخ پذیرش:			
Insurance Code:		شماره بیمه:		ساعت پذیرش:		ساعت پذیرش:			
<input type="checkbox"/> ارجاع از سایر مراکز <input type="checkbox"/> اعزام از سایر مراکز <input type="checkbox"/> پلیس <input type="checkbox"/> مراجعه شخصی <input type="checkbox"/> اورژانس هوایی <input type="checkbox"/> آمبولانس خصوصی <input type="checkbox"/> آمبولانس ۱۱۵				نحوه مراجعه بیمار:		آمبولانس ۱۱۵			
Disease Code:		کد بیماری:		Primary Diagnosis:		تشخیص اولیه:			
Disease Code:		کد بیماری:		Final Diagnosis:		تشخیص نهایی:			
Disease Code:		کد بیماری:		External Cause:		علت خارجی:			
Date & Time of decision making:				تاریخ و ساعت تعیین تکلیف:					
Date & Time of Disposition/Discharge:				تاریخ و ساعت خروج:					
Death:		فوت <input type="checkbox"/>		Discharge:		ترخیص <input type="checkbox"/>		Transfer To Ward:	
ترک بدون اطلاع <input type="checkbox"/>		ترک با مسئولیت شخصی <input type="checkbox"/>		انتقال به بخش <input type="checkbox"/>					
Leave Without Notice:				اعزام به بیمارستان <input type="checkbox"/> Transfer to Other Hospital and Cause					
علت اعزام:				علت اعزام:					

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مسئول بخش :	نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج :	نام خانوادگی، مهر و امضاء مسئول پذیرش :
Nurse's Name/Signature/Stamp :	Emergency Physician's Name & Signature/Stamp :	Adm. Officer's Name & Signature/Stamp :

اجازه استفاده از اطلاعات پرونده پزشکی بیمار

اینجانب رضایت خود/ بیمار خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی در امور آموزشی، تحقیقاتی، درمانی و حقوقی، توسط بیمارستان اعلام می دارم.

تاریخ و ساعت:

اعضا و اثر انگشت بیمار/ همراه بیمار:

رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی

اینجانب دکتر پزشک معالج بیمار توضیحات کافی را در خصوص ضرورت انجام اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی که به منظور تشخیص و یا درمان بیماری

انجام می شود و همچنین عوارض احتمالی استفاده از روش های توصیه شده و یا عواقب ترک درمان را، به آقای/خانم گیرنده خدمت ☐ ولی نماینده قانونی گیرنده خدمت ☐ ارائه داده ام.

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: مهر و امضاء پزشک معالج:

اینجانب بیمار ☐ ولی نماینده قانونی بیمار ☐ دارای کد ملی: تاریخ تولد: این فرم را مطالعه نموده و با توضیحات ارائه شده توسط پزشک معالج از ضرورت انجام، عوارض و یا عواقب احتمالی پذیرش و یا عدم پذیرش اقدام تشخیصی/درمانی/جراحی آگاهی پیدا کردم و آزادانه و آگاهانه:

رضایت خود را جهت اقدام مذکور اعلام می دارم. ☐

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: امضاء و اثر انگشت:

علی رغم توضیحات کادر درمان مبتنی بر ایجاد هر گونه عارضه ترک درمان، با قبول مسئولیت شخصی انصراف خود را جهت اقدام مذکور اعلام می دارم. ☐

تاریخ و ساعت انصراف از دریافت خدمت مورد نظر: امضاء و اثر انگشت:

*در موارد اقدامات اورژانسی و شرایط تهدید کننده حیات، نیازی به تکمیل این جدول نمی باشد.

فرم ترک با مسئولیت شخصی (امتناع از دریافت مراقبت پزشکی توصیه شده)

اینجانب با میل شخصی خود برخلاف صلاحیت و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان را ترک می نمایم و اعلام می دارم که هیچ یک از تیم پزشکی و پرستاری و مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود، نمی دانم.

تاریخ و ساعت:

نام بیمار/ ولی نماینده قانونی بیمار: امضاء و اثر انگشت:

نام شاهد: امضاء و اثر انگشت:

نام، مهر و امضاء پزشک معالج: Emergency Physician's Name/Signature/Stamp	نام، مهر و امضای پرستار: Nurse's Name/Signature/Stamp	نام، مهر و امضای سوپروایزر کسبک اورژانسی/بیمارستان: Supervisor's Name/Signature/Stamp
--	--	--

شماره پرونده بستری بخش اورژانس:
Emergency Record No:

Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Attending Physician:	پزشک معالج:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date & Time of First Visit:		Described by:					
Chief Complaint:							
Time of Onset of Symptoms:							
History:							
Medical History:							
سابقه پزشکی:							
Drug History:							
سابقه دارویی:							
History of Drug and Food Allergy:							
سابقه حساسیت دارویی و غذایی:							
State of Consciousness/Vital Sign:							
وضعیت هوشیاری/اعلام حیاتی:							
Agitation <input type="checkbox"/> بی قراری <input type="checkbox"/> گیجی و منگی <input type="checkbox"/> confusion <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> کما <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> lethargy <input type="checkbox"/> هوشیار Alert							
RR/min: تنفس:..... BP mmHg: فشارخون:..... PR/min: تعداد ضربان:..... T°C: دمای بدن:.....							
GCS: مقیاس کدای گلاسکو:..... SpO ₂ %: درصد اشباع اکسیژن:..... Pain Score: شدت درد: 10							
Physical Exam							
معاینه فیزیکی:							
Primary/ Differential Diagnosis							
تشخیص اولیه/تشخیص افتراقی:							
Para-clinical Results and Progress Note:							
نتایج پاراکلینیک و سیر بیماری:							
Diagnosis During Evaluation							
تشخیص حین ارزیابی:							

فرم دستورات پزشکی بخش اورژانس

[illegible]