

HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE FORM

Date of Arrival: تاریخ مراجعه:	Sex: جنس:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Time of Arrival: ساعت مراجعه:	F <input type="checkbox"/> مونث M <input type="checkbox"/> مذکر		
Pregnant: باردار:	No <input type="checkbox"/> خیر Yes <input type="checkbox"/> بلی	Date of Birth: تاریخ تولد:	National Code: کد ملی:
Arrival Mode: نحوه مراجعه:	Other <input type="checkbox"/> سایر Air Ambulance <input type="checkbox"/> امداد هوایی By Her Own <input type="checkbox"/> شخصی Private Ambulance <input type="checkbox"/> آمبولانس خصوصی EMS <input type="checkbox"/> ۱۱۵		
Patient Presence in ED in 24 Past Hours: مراجعه بیمار در ۲۴ ساعت گذشته به اورژانس:	<input type="checkbox"/> خیر ..... <input type="checkbox"/> بیمارستان دیگر ..... <input type="checkbox"/> همین بیمارستان ..... <input type="checkbox"/> This Hospital NO Other Hospital ..... This Hospital		

Chief Complaint: شکایت اصلی بیمار:

History of Drug and Food Allergy: سابقه حساسیت دارویی و غذایی:

بیماران سطح ۱ (شرایط تهدید کننده حیات).....

Alert (A)  هوشیار Verbal (V)  پاسخ کلامی Pain (P)  پاسخ به درد Unresponsive (U)  بدون پاسخ (سیستم AVPU): سطح هوشیاری بیمار

اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد: <input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> <90	علائم شوک: <input type="checkbox"/> Sign of Shock	سیانوز: <input type="checkbox"/> Cyanosis	دیسترس تنفس: <input type="checkbox"/> Respiratory Distress	مخاطره راه هوایی: <input type="checkbox"/> Airway Disorder
---	---	---	--	--

بیماران سطح ۲.....

درد: <input type="checkbox"/> 10 Pain	دیسترس شدید: <input type="checkbox"/> Severe Distress	لتارژی و خواب آلودگی: <input type="checkbox"/> Lethargy & Drowsy	شرایط پرخطر: <input type="checkbox"/> High Risk Condition
---------------------------------------	---	--	---

Medical history: سابقه پزشکی: drug history: سابقه دارویی:

Vital sign: علائم حیاتی\*:

SpO<sub>2</sub>%: درصد اشباع اکسیژن: T °C: دمای بدن: RR/min: تنفس: PR/min: تعداد ضربان: BP cmH2O: فشار خون:

• ثبت علائم حیاتی برای بیماران سطح ۲ با تشخیص پرستار تریاژ و به شرط عدم تاخیر در رسیدگی به بیماران با شرایط پرخطر

بیماران سطح ۳.....

Number of Required Resources in Emergency: تعداد تسهیلات مورد نیاز در اورژانس: Two & More  دو مورد و بیشتر

Vital sign: علائم حیاتی:

SpO<sub>2</sub>%: درصد اشباع اکسیژن: T °C: دمای بدن: RR/min: تنفس: PR/min: تعداد ضربان: BP mmH2O: فشار خون:

بیماران سطح ۴ و ۵.....

Number of Required Resources in Emergency: تعداد تسهیلات مورد نیاز در اورژانس: One Item  یک مورد None  هیچ

Patient Triage level: سطح تریاژ بیمار: ۱  ۲  ۳  ۴  ۵

جداسازی بیمار و احتیاطات بیشتر کنترل عفونت: تماسی  قطره ای  تنفسی  نیاز ندارد  Patient Isolation and Higher level of Precautions

No Need to Isolate Airborne Droplet Contact

ارجاع به: سرپایی  Fast track  احیا  CPR فضای بستری  Inpatient Area Other  سایر

Refer to: نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار تریاژ: ..... ساعت و تاریخ ارجاع: .....  
 Triage Nurse's Name/Signature/Stamp: ..... Date & Time of Referral: .....

شرح حال و دستورات پزشک:

Medical history & Physician Order:

تشخیص:

Diagnosis:

تاریخ و ساعت ویزیت

Visit Date & Time:

نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک:

Physician's name/Signature/Stamp:

گزارش پرستاری:

Nursing Report:

ساعت و تاریخ گزارش

Report Date & Time:

نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار

Nurse's Name/Signature/Stamp:

• مرخص گردید.

• در بخش ..... بستری گردید.

• به درمانگاه ..... همین مرکز ارجاع شد.

• به بیمارستان ..... اعزام گردید.

بیمار در تاریخ ..... و ساعت .....

#### 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 یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب / بیمار اینجانب به مورد اجرا گذارند

و بدینوسیله برائت پزشکان و کارکنان این بیمارستان را از کلیه عوارض احتمالی اقدامات فوق که در مورد اینجانب / بیمار اینجانب انجام دهند اعلام می دارم.

نام و امضای بیمار / همراه بیمار: .....

نام شاهد (۱) ..... تاریخ ..... امضا .....

نام شاهد (۲) ..... تاریخ ..... امضا .....

#### ترخیص با میل شخصی

اینجانب ..... با میل شخصی خود و برخلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان ..... ، این مرکز را با در نظر داشتن عواقب و

خطرات احتمالی ترک می نمایم و اعلام می دارم که هیچ مسئولیتی متوجه مسئولان، پزشکان و کارکنان این مرکز نخواهد بود.

نام و امضای بیمار ..... نام و امضای یکی از بستگان درجه اول بیمار .....

نام شاهد (۱) ..... تاریخ ..... امضا .....

نام شاهد (۲) ..... تاریخ ..... امضا .....