

**فرم تریاژ بیمارستانی بخش اورژانس بیمارستان.....**

نام و نام خانوادگی بیمار: .....	تاریخ مراجعه: .....	ساعت مراجعه: .....
سن: .....	جنس: زن <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/>	
نحوه ارجاع: آمبولانس ۱۱۵ <input type="radio"/>	آمبولانس خصوصی <input type="radio"/>	وسیله شخصی <input type="radio"/>
مراجعه قبلی در ۲۴ ساعت گذشته: <input type="radio"/>	سابقه بستری در سه ماهه قبلی: <input type="radio"/>	امداد هوایی <input type="radio"/>
شکایت اصلی بیمار: .....		
سابقه حساسیت دارویی و غذایی: .....		

**شرایط تهدید کننده حیات (سطح ۱):**

سطح هوشیاری بیمار: <input type="radio"/>	<input type="radio"/> P	<input type="radio"/> V	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/>
مخاطره راه هوایی <input type="radio"/>	دیسترس تنفسی <input type="radio"/>	سیانوز <input type="radio"/>	علائم شوک <input type="radio"/>	

**بیماران پرخطر (سطح ۲):**

شرایط پرخطر <input type="radio"/>	لتارژی و خواب آلودگی <input type="radio"/>	درد یا دیسترس شدید <input type="radio"/>
سابقه پزشکی: .....	سابقه دارویی: .....	
علائم حیاتی:		
BS گلوکومتری:	PR	RR
	T	BP
		SPO2

**بیماران سطح ۳:**

تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس: ۲ مورد و بیشتر <input type="radio"/>					
علائم حیاتی:					
BS گلوکومتری:	PR	RR	BP	T	SPO2

**سایر بیماران (سطوح ۴ و ۵):**

تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در بخش اورژانس: ۱ مورد <input type="radio"/>	هیچ <input type="radio"/>
--	---------------------------

ارجاع به قسمت یا بخش: .....
تاریخ و ساعت ارجاع بیمار: .....
نام و نام خانوادگی و امضای مسئول تریاژ: .....

<b>نظر پزشک معالج:</b> تعیین سطح تریاژ بیمار توسط پزشک: سطح ۳ <input type="radio"/> سطح ۴ <input type="radio"/> سطح ۵ <input type="radio"/>
تاریخ و ساعت ویزیت:
مهر و امضا پزشک معالج:

---

---