

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No: شماره پرونده: دفعات بستری:	<b>پرونده اورژانس</b> <b>EMERGENCY RECORD</b>	Clinic No: شماره درمانگاهی:
--	--	-----------------------------

ID No: شناسنامه:	Marrital status: وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	Sex: جنس: M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مؤنث	Father Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Place of Work: محل کار:	Occupation: شغل:	Religion: مذهب:	Place of ID: محل صدور شناسنامه:	Place of Birth: محل تولد:	Date of Birth: تاریخ تولد:

Address & Phone Number: آدرس و تلفن:

Address & Phone: آدرس و تلفن:      Accompanied By or Referred By: همراه یا معرف بیمار:

Date: تاریخ:	Discharge: ترخیص:	Admitting Physician: پزشک بستری کننده:	Police <input type="checkbox"/> پلیس	Person <input type="checkbox"/> شخص	Ambulance <input type="checkbox"/> آمبولانس	Type of Entrance: نوع ورود:	Date: تاریخ:
Time: ساعت:							Time: ساعت:

(Cause of Injury ..... ) Injured <input type="checkbox"/> (علت جراحت)	Vehicle No. : ..... Injured <input type="checkbox"/> (مجرور، مصدوم)	Trauma <input type="checkbox"/> تصادفی	Poisoning <input type="checkbox"/> مسمومیت	Illness <input type="checkbox"/> بیماری	Kind of Adm. نوع پذیرش:
--	--	--	--	---	-------------------------

Insurance Code: شماره بیمه:	Insurance: نوع بیمه:	Place of Accident: محل حادثه:	به مرکز انتظامی ..... اطلاع داده شد. Police Center Was Informed.
-----------------------------	----------------------	-------------------------------	---

نام و امضاء تحویل گیرنده:      لیست اموال همراه بیمار:

Given by

Disease Code: کد:	Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:
-------------------	---------------------------------

	Final Diagnosis: تشخیص نهایی:
--	-------------------------------

	External Cause: علت خارجی:
--	----------------------------

	Operation & Medical Procedures : اعمال جراحی و اقدامات پزشکی:
--	---

Discharge Without Physician's Order <input type="checkbox"/> ترخیص با میل شخصی	Some Improvement <input type="checkbox"/> بهبود نسبی	Recovered <input type="checkbox"/> بهبودی	وضعیت بیمار هنگام ترخیص:
Etc.: .. ..	Follow up <input type="checkbox"/> پیگیری	Expired <input type="checkbox"/> فوت نموده	Condition on Discharge

Others :	Return to OPD / Physician..... هفته دیگر.	Week Time.	Recommendation on Discharge
----------	---	------------	-----------------------------

Transfer:      Date:      Time:      To Ward:      To Hospital:	انتقال:      تاریخ:      ساعت:      به بخش:      به بیمارستان:
---	--

Cause of Death: علت فوت:	Yes <input type="checkbox"/> بله	No <input type="checkbox"/> خیر	Date: تاریخ:
	Autopsy <input type="checkbox"/> اتوپسی شده:		Time: ساعت:

Nurse's Name & Signature: نام و امضاء پرستار مسئول:	Oncall Physician's Name & Signature: نام و امضاء پزشک متخصص:	Emergency Physician's Name & Signature: نام و امضاء پزشک اورژانس:	Adm. Officer's Name & Signature: نام و امضاء مسئول پذیرش:
---	--	---	---





اجازه معالجه و عمل جراحی

اینجانب..... بیمار/ولی بیمار ساکن..... اجازه می‌دهم 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 گذارند و بدینوسیله برائت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد..... انجام می‌دهند اعلام می‌دارم.

امضاء..... شاهد ۱) .....  
تاریخ..... شاهد ۲) .....

اجازه ترخیص با میل شخصی

اینجانب..... با میل شخصی خود بر خلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان..... این مرکز را ترک می‌نمایم و اعلام می‌دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می‌شود، نمی‌دانم.  
امضاء بیمار..... امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار..... شاهد ۱).....  
(در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد)

تاریخ..... شاهد ۲) .....

درخواست مشاوره

CONSULTATION REQUEST

Physician's Observation & Notes: مشاهدات و نظریات پزشک درخواست کننده مشاوره (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها):


Date: تاریخ: Physician's Name & Signature: نام و امضاء پزشک:

Consultant Physician's Observation & Notes: مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها):


Date: تاریخ: Consultant Physician's Name & Signature: نام و امضاء پزشک مشاور: