

درمانی آموزشی ساعت: تاریخ:

دانشگاهی تامین اجتماعی خیریه نظامی خصوصی سایر
 نام بیمار: سن: جنس: زن مرد نام پدر: شماره پرونده: کدملی:
 علت مراجعه: تشخیص: تلفن بیمار: ساعت و تاریخ ورود به بیمارستان:
 شرح حال و سیر بیماری:

علائم حیاتی: BP PR RR TEMP GCS INTUBE STABLE
 دارو های مصرفی:

علت اعزام: نداشتن تخصص مربوطه نداشتن بخش مربوطه نداشتن ظرفیت پذیرش نداشتن تجهیزات
 مخاطرات همراه رضایت شخصی مشکل مالی سایر
 دستورات لازم حین انتقال توسط پزشک معالج: نحوه انتقال / پرسنل همراه / تجهیزات همراه / نوع آمبولانس:

مدارک پیوستی: جواب آزمایش MRI CT گرافی نوار قلب ABG سایر
 فرم رضایت انتقال (بیمار) فرم آمبولانس سایر:
 مهر / امضاء / تاریخ / ساعت پزشک اعزام کننده:

امضاء و اثر انگشت بیمار یا قیم بیمار: توصیه ها و مخاطرات احتمالی توسط پزشکان مسئول این بیمارستان برای بنده توضیح داده شد و رضایت خود را مبنی بر اعزام به سایر مراکز اعلام می دارم در غیر این صورت مسئولین این بیمارستان را در خصوص عواقب و خطرات آن مبرا می دانم. امضاء و اثر انگشت:

مهر / امضاء / تاریخ / ساعت سوپروایزر کشیک:

ستاد: انتقال به مرکز بالاتر همتراز پایین تر نام مرکز درمانی پذیرش دهنده:

نام و تخصص و تلفن همراه پزشک پذیرش دهنده: نام سوپروایزر مرکز پذیرش دهنده:

ساعت درخواست: ساعت پذیرش: ساعت حرکت بیمار: ساعت رسیدن به مقصد:

آمبولانس: با شماره شهربانی: تکنسین ارشد: مدرک تحصیلی: تلفن: