

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی: Medical Center:

فرم تریاژ بخش اورژانس بیمارستان

شماره پرونده: Record No:

سطح تریاژ بیمار

Patient Triage level

HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE FORM

Date of Arrival: تاریخ مراجعه:	Sex: جنس: F <input type="checkbox"/> مونث M <input type="checkbox"/> مذکر	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Time of Arrival: ساعت مراجعه:	Pregnant: <input type="checkbox"/> نامعلوم unknown	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 Own <input type="checkbox"/> شخصی Private Ambulance <input type="checkbox"/> آمبولانس خصوصی EMS <input type="checkbox"/> ۱۱۵			
Patient Presence in ED in Past 24 Hours: مراجعه بیمار در ۲۴ ساعت گذشته به اورژانس: <input type="checkbox"/> خیر NO <input type="checkbox"/> بیمارستان دیگر Other Hospital <input type="checkbox"/> همین بیمارستان This Hospital			

شکایت اصلی بیمار: Chief Complaint: .....

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

بیماران سطح ۱ (شرایط تهدید کننده حیات): Triage level 1 (Life threatening situation): .....

<input type="checkbox"/> هوشیار (A) Alert	<input type="checkbox"/> پاسخ به محرک کلامی Response to Verbal Stimulus(V)	<input type="checkbox"/> پاسخ به محرک دردناک Response to Pain Stimulus(P)	<input type="checkbox"/> بدون پاسخ Unresponsive (U)	سطح هوشیاری بیمار (بسیم AVPU):
<input type="checkbox"/> اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد: SpO <sub>2</sub> <90	<input type="checkbox"/> علائم شوک: Signs of Shock	<input type="checkbox"/> سیانوز: Cyanosis	<input type="checkbox"/> دیسترس شدید تنفسی: Sever Respiratory Distress	<input type="checkbox"/> مخاطره راه هوایی: Airway compromise

بیماران سطح ۲: Triage level 2: .....

<input type="checkbox"/> درد شدید: 10 Sever Pain	<input type="checkbox"/> دیسترس شدید روان: Sever psychiatric Distress	<input type="checkbox"/> لارژی، خواب آلودگی، اختلال جهت یابی lethargy/ confusion/ disorientation	<input type="checkbox"/> شرایط پرخطر: High Risk Conditions
Drug history سابقه دارویی:		Medical history سابقه پزشکی:	
Vital sign: علائم حیاتی: فشار خون: BP mmHg: تعداد ضربان: PR/min: تنفس: RR/min: دمای بدن: T °C: درصد اشباع اکسیژن: SpO <sub>2</sub> %:			

\*تبت علایم حیاتی برای بیماران سطح ۲ با تشخیص پرستار تریاژ و به شرط عدم تاخیر در رسیدگی به بیماران با شرایط پرخطر

بیماران سطح ۳: Triage level 3: .....

Number of Required Resources in ED: تعداد تسهیلات مورد نیاز در بخش اورژانس: <input type="checkbox"/> دو مورد و بیشتر Two & More <input type="checkbox"/> هیچ None
Vital sign: علائم حیاتی: فشار خون: BP mmHg: تعداد ضربان: PR/min: تنفس: RR/min: دمای بدن: T °C: درصد اشباع اکسیژن: SpO <sub>2</sub> %:

بیماران سطح ۴ و ۵: Triage level 4&5: .....

Number of Required Resources in ED: تعداد تسهیلات مورد نیاز در بخش اورژانس: <input type="checkbox"/> یک مورد One Item <input type="checkbox"/> هیچ None
---

Patient Triage level: سطح تریاژ بیمار: ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> نیاز ندارد No Need to Isolation <input type="checkbox"/> تنفسی Airborne <input type="checkbox"/> قطره ای Droplet <input type="checkbox"/> تماسی Contact
Refer to: ارجاع به: سرپایی <input type="checkbox"/> Fast track <input type="checkbox"/> احیا CPR <input type="checkbox"/> فضای بستری Inpatient Area <input type="checkbox"/> سایر ..... Other <input type="checkbox"/>
نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار تریاژ: Triage Nurse's Name/Signature/Stamp: .....
ساعت و تاریخ ارجاع: Date & Time of Referral: .....
Description: توضیحات: .....

IR.MOHHIM-9812-1.0-E01

این صفحه فرم صرفا توسط پرستار تریاژ تکمیل می گردد.

Medical history & Physician Orders:

شرح حال و دستورات پزشک:

تشخیص: .....

Physician's Name/Signature/Stamp:

نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک:

Date & Time Of Visit:

تاریخ و ساعت ویزیت:

Nursing Report:

گزارش پرستاری:

Nurse's Name/Signature/Stamp:

نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار:

Report Date & Time:

ساعت و تاریخ گزارش:

وضعیت نهایی بیمار:

- بیمار در تاریخ ..... و ساعت .....
- مرخص گردید.
- در بخش ..... بستری گردید.
- به درمانگاه ..... ارجاع شد.
- به بیمارستان ..... اعزام گردید.

اجازه معالجه و عمل جراحی (بجز ویزیت)

اینجناب ..... 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 اینجناب / بیمار اینجناب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله برات پزشکان و کارکنان این بیمارستان را از کلیه عوارض احتمالی اقدامات فوق که در مورد اینجناب / بیمار اینجناب 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

اینجناب ..... 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 .....