

فرم مادر نیازمند مراقبت ویژه ترخیصی از بیمارستان

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

	استان / شهرستان محل سکونت دائمی
	آدرس محل سکونت
	نام و نام خانوادگی
	کد ملی مادر
	شماره تماس (تلفن ثابت و همراه)
	وضعیت مادر: باردار / تازه زایمان کرده (تا ۴۲ روز پس از زایمان / سقط / ختم بارداری EP)
	سن مادر
	سن بارداری یا تاریخ زایمان / ختم بارداری
	تعداد بارداری، زایمان، سقط
	ابتلا به بیماری زمینه ای با ذکر بیماری
	بیمارستان محل بستری
	تاریخ بستری
	تاریخ ترخیص
	علت بستری / تشخیص نهایی
	خلاصه اقدامات انجام شده
	دستورات هنگام ترخیص (دارویی و مراقبتی)
	آیا تست کووید انجام شده؟
	تاریخ انجام تست: نتیجه:
	توضیحات:
	نام و سمت تکمیل کننده فرم
	شماره تماس تکمیل کننده فرم