


**فرم انتقال بیماران کرونایی از بیمارستان ..... به نقاهت خانه .....**

|                            |                              |                      |  |
|----------------------------|------------------------------|----------------------|--|
| نام و نام خانوادگی:        | نام پدر:                     | شماره پرونده:        |  <p>دانشگاه علوم پزشکی اصفهان</p> |
| تاریخ ترخیص از بیمارستان:  | مدت زمان بستری در بیمارستان: | ارجاعی از بیمارستان: |  |
| تاریخ پذیرش در نقاهت خانه: | حساسیت:                      |                      |  |

خلاصه ای از شرح حال بیمار:

.....

.....

.....

علائم حیاتی بیمار :

**BP: PR: T: RR: O2 sat:**

نتایج پاراکلینیکی بیمار :

.....

.....

.....

با دستور دارویی (دوز دارو و زمان مصرف) :

.....

.....

داروهای شخصی مصرفی بیمار (بیماران فشارخون / دیابت / قلبی و ...):

.....

.....

در صورت بروز علائم "تنگی نفس ، تب، تشدید سرفه و کاهش سطح هوشیاری" بیمار با آمبولانس ۱۱۵ به همین مرکز اعزام گردد .

مهر و امضا پزشک معالج بیمار