

HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE FORM

Date of Arrival: تاریخ مراجعه:	Sex: جنس:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Time of Arrival: ساعت مراجعه:	F <input type="checkbox"/> مونث M <input type="checkbox"/> مذکر		
Pregnant: <input type="checkbox"/> unknown نامعلوم	No <input type="checkbox"/> خیر yes <input type="checkbox"/> بلی باردار:	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: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/> همین بیمارستان			
NO Other Hospital This Hospital			

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

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

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

<input type="checkbox"/> هوشیار Alert (A)	<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 (سیستم AVPU):
<input type="checkbox"/> اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد: SpO ₂ <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

Triage level 2..... بیماران سطح ۲

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

*ثبت علائم حیاتی برای بیماران سطح ۲ با تشخیص پرستار تریاژ و به شرط عدم تاخیر در رسیدگی به بیماران با شرایط پرخطر

Triage level 3..... بیماران سطح ۳

Number of Required Resources in ED : دو مورد و بیشتر <input type="checkbox"/> Two & More	تعداد تسهیلات مورد نیاز در بخش اورژانس:
Vital sign: علائم حیاتی:	
SpO ₂ %: درصد اشباع اکسیژن:	T °C: دمای بدن:
RR/min: تنفس:	PR/min: تعداد ضربان:
	BP mmHg: فشار خون:

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

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

Patient Triage level: ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/>	سطح تریاژ بیمار:
<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
Patient Isolation and More Infection Control Precautions	
Refer to : Other <input type="checkbox"/> سایر.....	Inpatient Area <input type="checkbox"/> فضای بستری
	CPR <input type="checkbox"/> احیا
	Fast track <input type="checkbox"/> سرپایی
نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار تریاژ:.....	
Triage Nurse's Name/Signature/Stamp:	Date & Time of Referral:
Description:	توضیحات:

شرح حال و دستورات پزشک:

Medical history & Physician Orders:

Diagnosis:.....

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:

مرخص گردید.

در بخش..... بستری گردید.

بیمار در تاریخ..... و ساعت.....

به درمانگاه..... ارجاع شد.

به بیمارستان..... اعزام گردید.

اجازه معالجه و عمل جراحی (بجز ویزیت)

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

اینجانب..... 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.....