

۴۸۳۵/۰۲/۱۰/۱۳۳۶

شماره:

1402/04/19

۱۴۰۲/۰۴/۱۹

تاریخ:

پیوست:

فاصله طبقه بندی

طبقه بندی:

آی

فوریت:

وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح
سازمان تامین اجتماعی نیروهای مسلح



سازمان تامین اجتماعی نیروهای مسلح

از: اداره کل تامین اجتماعی نیروهای مسلح استان کردستان - مدیریت خدمات درمانی

به: دانشگاه علوم پزشکی استان کردستان - معاونت محترم درمان

موضوع: فرم‌های پیوستی

مهارتوزم، رشد تولید

با سلام و صلوات بر حضرت محمد (ص) و خاندان پاکش و با احترام به پیوست
دو فرم کاربرگ اندیکاسیون خدمت ppci) آنژیوپلاستی اولیه) و کاربرگ تایید
مصرف ICD قلبی- پیس میکر- استنت گرفت آنورت شکمی برای ارسال به
بیمارستان توحید ارسال می‌گردد.
دستور فرمایید برای اعمال جراحی، تکمیل و پیوست این فرم‌ها به پرونده‌ها الزامی
است.

مدیر کل (خبره) تامین اجتماعی نیروهای مسلح استان کردستان

سرهنک پاسدار فرزاد عبدی



ورود به دفتر معاونت درمان استان کردستان
شماره: ۵۳۶۸
تاریخ: ۱۴۰۲/۴/۲۰



بسمه تعالی		
سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح - اداره استانی		
نام بیمار:	نام خانوادگی بیمار:	شماره بیمه:
عنوان بیماری:	نام پزشک معالج:	نام بیمارستان:
تاریخ ارائه خدمت:	فاصله زمانی شروع علائم ایسکمی تا ارائه خدمت (به ساعت):	فاصله زمانی پذیرش تا ارائه خدمت (به ساعت):
<p>نظریه پزشک معالج:</p> <p>۱- آیا علائم شوک کاردیوژنیک بروز کرده است؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۲- آیا بیمار دچار ایسکمی پایدار شده است؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۳- آیا بیمار تحت درمان با داروهای ترمبولیتیک با ری پرفیوژن ناموفق بوده است؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۴- توضیحات:</p>		
<p>مهر و امضای پزشک معالج</p>		



نام بیمارستان: شهر: ماهیت:

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد:/...../.....
 تاریخ بستری:/...../..... علت بستری:
 نشانی بیمار: استان شهر / شهرستان:/.....
 تاریخ عمل:/...../..... شماره تلفن همراه:
 تلفن تماس:/..... پیش شماره
 تاریخچه بیماری:
 تشخیص فعلی:

مشخصات پزشک معالج
 نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی: نوع تخصص:

مشخصات وسیله استفاده
 قلبی:..... حفره ای ☐ پیس میکر حفره ای ☐ استنت گرافت ☐ قیمت وسیله: ریال
 مدل: مارک: شرکت فروشنده:
 محل الصاق برچسب

مهر و امضاء معالج	مهر و امضاء مسئول اتاق عمل	مهر و امضاء ناظر بیمارستانی	مهر و امضاء مقوم