

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

معاونت درمان

مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی

سأودیات و اطلاع رسانی

فرم درخواست انتقال بیماران از مراکز درمانی (فرم شماره ۱)

بیمارستان مبداء: تاریخ اعلام به ستاد: ساعت اعلام به ستاد PM:
AM:

نوع نقل و انتقال: بین بیمارستانی بین شهری

نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: سن: جنس:
نوع بیمه بیمار: بیمه تکمیلی و نوع آن: شماره تلفن تماس با بیمار/ همراه بیمار:

تشخیص بیماری:

سرویس درمانی مورد نیاز:

علائم حیاتی: T: R: P: BP: سطح هوشیاری (GCS):
وضعیت لوله گذاری بیمار: بله خیر

کد بیمار: گروه ۱ (وخیم) گروه ۲ (اورژانس) گروه ۳ (فوری) گروه ۴ (غیرفوری)

علت اعزام:

نیاز به CCU نیاز به ICU نیاز به NICU نیاز به PICU
نداشتن پزشک متخصص عدم حضور پزشک متخصص کمبود تجهیزات و امکانات
مشکل مالی بیمار نداشتن تخت خالی درخواست بیمار
نداشتن تخصص مربوطه و استفاده از طرح معین سایر

نام پزشک اعزام کننده:

محل امضاء و مهر:

**اینجانب.....بیمار/ همراه بیمار، رضایت خود را مبنی بر اعزام به سایر مراکز درمانی اعلام می نمایم.
امضاء بیمارامضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار

**اینجانب بیمار/ همراه بیمار، با میل شخصی خود بر خلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان، با پذیرش این که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود نمی دانم، انصراف خود را مبنی بر اعزام به دیگر مراکز درمانی اعلام می نمایم و مایل به ادامه درمان در همین مرکز می باشم.
امضاء بیمارامضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار

«فرم رضایت اعزام بیمار بر اساس طرح معین»

کلیه توضیحات در خصوص اعزام بیمار به روش معین توسط پزشک/ سوپروایزر بیمارستان به اینجانب.....ارائه گردید.
امضاء بیمارامضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار