بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

فرم نابسامانی در امر پذیرش و اعزام

مشخصات بیمار: شماره کارت اورژانس در بیمارستان مقصد: ..... نوع اعزام: اورژانسی ☐ غیراورژانسی ☐

نام: ..... نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... سن: ..... جنس: مرد ☐ زن ☐

تشخیص اولیه: ..... علت اعزام: .....

اطلاعات بیمارستان مبداء: استان ..... شهر/شهرستان ..... نام بیمارستان .....

نام ونام خانوادگی پزشک هماهنگ کننده (پذیرش گیرنده) : ..... نام و نام خانوادگی سوپروایزر .....

نام و نام خانوادگی و سمت سایر افراد هماهنگ کننده .....

اطلاعات بیمارستان مقصد: استان ..... شهر/شهرستان ..... نام بیمارستان .....

نام و نام خانوادگی پزشک هماهنگ کننده (پذیرش دهنده) ..... نام و نام خانوادگی سوپروایزر .....

نام و نام خانوادگی و سمت سایر افراد هماهنگ کننده .....

مشخصات آمبولانس انتقال دهنده بیمار:

۱۱۵ ☐ بیمارستانی ☐ خصوصی ☐ نام آمبولانس خصوصی .....

کد آمبولانس(۱۱۵ خصوصی): ..... کد تکنسین اول: ..... کد تکنسین دوم: .....

تاریخ ورود بیمار به بیمارستان مقصد : ...../...../..... ساعت ورود بیمار به بیمارستان مقصد : ..... : .....

کاستی های مشاهده شده درامراعزام بیمار :

اعزام بیمار با شرایط نامناسب ☐ اعزام بیمار بدون اطلاع و هماهنگی ☐ سایر موارد ☐

توضیحات:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

مهر و امضاء سوپروایزر کشیک مهر و امضاء پزشک معالج

* تذکر: مسئولیت تکمیل این فرم با سوپروایزر کشیک بوده و در صورت هرگونه نقص مراتب به بیمارستان مقصد عودت داده خواهد شد.