معاونت درمان
اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

فرم اعـــزام دائم بین بیمارستانی

بیمارستان .....

مشخصات بیمار	شماره ملّی:		نام:		نام خانوادگی:		جنس:		سن:		بیمه پایه :		
	شماره پرونده بستری:		بخش بستری:		تاریخ پذیرش:	/ /	ساعت پذیرش:	:	بیمه تکمیلی:				
اطلاعات بیمارستان مبدا	نام بیمارستان:		تاریخ تماس با MCMC:	/ /	۱۳	زمان تماس با MCMC:	:						
	نام پزشک معالج:		تخصص پزشک معالج:		تلفن تماس پزشک:								
	نام گزارش دهنده:		سمت گزارش دهنده:		تلفن تماس گزارش دهنده:								
علت عمومی اعزام	نداشتن پزشک متخصص:		عدم حضور پزشک متخصص:		نداشتن تخت خالی:		نداشتن بخش / سرویس مربوطه:		نداشتن تجهیزات و امکانات:				
	اشکال در اتاق عمل		خرابی تجهیزات و امکانات:		مشکل مالی بیمار:		تمایل به بیمارستان خصوصی:		سایر:				
علت اختصاصی اعزام	نیاز به دیالیز:		آندوسکوپی:		کولونوسکوپی:		برونکوسکوپی:		آنژیوگرافی:		**:PACE**		**:TEE**
	:NICU		**:PICU**		**:ICU**		**:BICU**		**:CCU**		**:ERCP**		پیوند:
	سایر:												
موارد ویژه	مادر پر خطر:		مصدوم حوادث ترافیکی:		**: STEMI**		**: NSTEMI**		سایر:				

سرویس درمانی مورد نیاز: .....

این قسمت مخصوص اعزام نوزادان و مادران میباشد

چند قلویی دارد؟	Y	N	تعداد قل؟		قل چندم؟		وزن(g):		D:		L:		A:		P:		G:	
سن حاملگی با سونو(۱) دارد	Y	N	هفته		روز		بیماری مادر **قبل** از حاملگی											
سن حاملگی با سونو(۲) دارد	Y	N	هفته		روز													
سن حاملگی با سونو(۳) دارد	Y	N	هفته		روز		بیماری مادر **حین** حاملگی											
سن حاملگی با تاریخ دارد	Y	N	هفته		روز													
وضعیت زایمان:	طبیعی			سزارین		آپگار دقیقه ۱		آپگار دقیقه ۵		آپگار دقیقه ۱۰								
علت سزارین:	درخواست بیمار			سزارین قبلی		مشکلات مادر		مشکلات نوزاد		دفع مکونیوم								
رفلکس نوزاد :	**Routing**			**Sucking**		**Moro**		**Grasping**		**Crying**								
عملیات احیا:	تجویز **O2؟**	Y	N	**:O2 sat**		نوزاد سیانوتیک؟	Y	N	تهویه با بگ و ماسک؟		Y	N						
	دارای لوله تراشه؟	Y	N	محل لوله مناسب است؟	Y	N	ماساژ قلبی گرفته؟	Y	N	چست تیوب دارد؟	Y	N						

وضعیت بالینی بیمار

علایم حیاتی اولیه:	/ 15	**GCS:**		**SPO2:**		**T:**		**RR:**		**PR:**		**BP:**	/			
علایم حیاتی موقع اعزام:	/ 15	**GCS:**		**SPO2:**		**T:**		**RR:**		**PR:**		**BP:**	/			
اگر بیمار اینتوبه باشد:	تنفس کمکی؟			**TV:**		**CPAP:**		**RR:**		**FIO2:**		**mode:**				
شکایت اصلی بیمار:			تشخیص بیماری :						مدت بستری در مرکز:							روز / ساعت
علایم هنگام ورود به مرکز:	/ 15	**GCS:**		**SPO2:**		**T:**		**RR:**		**PR:**		**BP:**	/			
تاریخچه بیمار:																
یافته های معاینات بالینی:																

یافته های پاراکلینیک

گزارش ECG :

WBC:		**AST:**		**PH:**		**BE:**		**Ca:**		**PT:**		**PTT:**		**Trop:**		یافته های آزمایشگاهی
HB:		**ALT:**		**PO2:**		**O2 sat:**		**Phos:**		**CRP:**		**INR:**		**CX-MB:**		
Plt:		**ALKP:**		**PCO2:**		**BUN:**		**FBS:**		**Na:**		**ESR:**		**TBili:**		
PMN		**U/A:**		**HCO3:**		**Cr:**		**BS:**		**K:**				**DBili:**		
																سایر:

یافته های پاراکلینیک	یافته های تصویربرداری	....
اقدامات درمانی	اقدامات درمانی انجام شده در بیمارستان مبدأ:	....

لیست داروهای در حال مصرف بیمار

	نام دارو:	میزان:	زمان مصرف:	مدت زمان مصرف:
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

اقدامات درمانی حین مسیر اعزام	دستورات پزشک حین مسیراعزام:	....
	اقدامات و مشاهدات پرستاری حین مسیر اعزام:	....

مدارک پزشکی پیوست	برگه تحویل نظام سلامت:		برگ خلاصه پرونده:		برگ شرح حال:		برگ شرح عمل:		نتایج آزمایشات:	
	گزارش های تصویربرداری:		سایر فرم ها:							

مشخصات تکمیل کنندگان فرم

	پزشک اعزام کننده	**تکمیل کننده فرم**	**تکمیل کننده سامانه**	**پزشک تحویل گیرنده**
نام و فامیل				
سمت				
تاریخ				
ساعت				
مهر و امضاء				

رضایت عدم اعزام به دلیل نظر شخصی بیمار

اینجانب ..... برخلاف صلاحدید و توصیه پزشک مسئول اعزام بیمارستان ..... با میل شخصی، از اعزام انصراف داده و اعلام می دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود ، نمی دانم.

تاریخ .....

امضاء و اثر انگشت بیمار.....

نام، نسبت، امضا، و اثر انگشت یکی از بستگان درجه یک بیمار (در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد) .....