وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

University of Medical Sciences: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No: شماره پرونده:

برگ مراقبتهای ویژه
ICU RECORD SHEET

نام خانوادگی:	نام:	تاریخ تولد:	پزشک معالج:	پرستار مسئول: صبح ☐ عصر ☐ شب ☐	نوع پذیرش:	تاریخ:

| دستورات پزشک | گزارش پرستار | ساعت | آزمایشات | | | | | |