



ب-۵

فرم ضمیمه فرم گزارش تخلفات

روز:

تاریخ: ۱۳...../...../.....

ساعت:

نام و نام خانوادگی بیمار: سن بیمار: علت: مدت بستری:

نام بیمارستان: نام بخش:

تاریخ تشخیص GCS=3 توسط پزشک بیمار:/...../۱۳ نام و تخصص پزشک بیمار:

نام و تخصص مسئول بخش:

علت عدم معرفی بیمار به مرکز پیوند اعضا:

- آیا پزشک بیمار در مورد وضعیت بیمار با خانواده صحبت کرده است؟ ☐ بلی کاملاً ☐ بلی تا حدودی ☐ خیر ☐

- آیا خانواده از قبل از حضور شما مطلع شده اند؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐

در صورتی که جواب مثبت است، از چه طریقی مطلع شده اند؟

- آیا خانواده از وضعیت بیمارشان مطلع می باشند؟ ☐ بلی کاملاً ☐ بلی تا حدودی ☐ خیر ☐

در صورتی که جواب مثبت است، از چه طریقی مطلع شده اند؟

- آیا همکاری پرسنل بیمارستان با شما خوب بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐

توضیحات:

- آیا همکاری پزشک بیمار با شما خوب بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐

توضیحات:

- تاریخ آخرین آزمایشات بیمار: ۱۳...../...../..... تاریخ آخرین ویزیت پزشک معالج: ۱۳...../...../.....

- آخرین آزمایشات:

WBC: Hb: Na: K: BUN: Cr: Ca: Bs:
ALT: AST: ALP:

- آخرین ABG:

PH: PCO₂: PO₂: HCO₃: O₂Sat:

- Set Up ونتیلاتور:

MODE: FIO₂: RR: TV: PEEP:

- علائم حیاتی:

BP: PR: T:

- وضعیت برون ده ادرای:

(۱) در ۲۴ ساعت گذشته: (۲) در ۶ ساعت گذشته:

دستورات دارویی پزشک معالج:

1- Serum:

2- AB:

3- Glucocorticoid: 4- vasopressor:

5- Antiacid: 6- Other:

.....

- سایر توضیحات مورد نیاز:

.....

.....

نام و امضای مسئول بخش

نام و امضای بازرس