



## فرم ویزیت کوردیناتور

شماره پرونده:

نام خانوادگی:	نام:	بخش:	پزشک معالج:
نام پدر:	تاریخ تولد:	تخت:	تاریخ پذیرش:
تشخیص:			
<p>همکار محترم باسلام؛</p> <p>ضمن تشکر از همکاری صمیمانه جنابعالی در نجات جان بیماران نیازمند پیوند اعضا، بیمار توسط هماهنگ کننده تیم اهدای عضو دانشگاه علوم پزشکی ..... ویزیت گردید. نتیجه بررسی به شرح زیر می باشد:</p> <p>- معاینه اعصاب دوازده گانه مغزی: <input type="checkbox"/> دال بر عدم فعالیت ساقه مغز است.</p> <p><input type="checkbox"/> نشان دهنده ادامه فعالیت ساقه مغزی می باشد.</p> <p>- نوار مغزی بیمار: <input type="checkbox"/> در بیمارستان مبدأ گرفته شده: <input type="checkbox"/> ایزوالکتریک است.</p> <p><input type="checkbox"/> ایزوالکتریک نیست.</p> <p><input type="checkbox"/> در مرکز اهدای عضو گرفته خواهد شد.</p> <p>- بیمار داروی مهارکننده سیستم عصبی مرکزی مقلد علائم مرگ مغزی مصرف می کند: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>- تست آتروپین: <input type="checkbox"/> به نفع مرگ مغزی است. <input type="checkbox"/> رد کننده مرگ مغزی است.</p> <p>- تست آپنه: <input type="checkbox"/> به نفع مرگ مغزی است. <input type="checkbox"/> رد کننده مرگ مغزی است.</p> <p>با توجه به بررسی های فوق بیمار در بررسی اولیه:</p> <p><input type="checkbox"/> فعلاً مرگ مغزی نمی باشد مجدداً ویزیت خواهد شد.</p> <p><input type="checkbox"/> احتمال بالای مرگ مغزی وجود دارد با خانواده درباره انتقال جهت بررسی قطعی مرگ مغزی و اهدای عضو صحبت شده و مشغول تصمیم گیری هستند.</p> <p><input type="checkbox"/> احتمال بالای مرگ مغزی وجود دارد ولی ارگان های مناسبی ندارد.</p> <p><input type="checkbox"/> با توجه به اینکه بیمار خوشبختانه مرگ مغزی نشده است خواهشمندیم درمان های لازم طبق نظارت جنابعالی ادامه یابد، مجدداً ویزیت تیم اهدای عضو صورت خواهد گرفت. خواهشمندیم در صورت تغییر شرایط بیمار اطلاع داده شود.</p> <p><input type="checkbox"/> با توجه به اینکه بیمار مرگ مغزی می باشد خواهشمندیم تا زمان اعلام تصمیم قطعی خانواده در صورت صلاحدید جهت اصلاح اختلالات آب و الکترولیت، حفظ پایداری علائم حیاتی و حفظ ارگان های فرد مرگ مغزی دستورات مربوط به مرگ مغزی به شرح صفحه ۲ اجرا گردد.</p>			
نام هماهنگ کننده و امضا:			تاریخ: ..... / ..... / ۱۳.....

شماره پرونده:

درمان پیشنهادی مرکز اهدای عضو

نام خانوادگی:		نام:	بخش:	پزشک معالج:
نام پدر:		تاریخ تولد:	تخت:	تاریخ پذیرش:
ساعت	تاریخ	دستورات		امضا هماهنگ کننده
				امضا پرستار