



فرم خلاصه پرونده

در این قسمت چیزی نوشته نشود که شناسایی:

				File Number:	شماره پرونده:		
Attending Physician:	پزشک معاون:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Admission Date:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth	تاریخ تولد:	Father's Name:	نام پدر:
Date of Discharge:	تاریخ ترخیص:	Occupation:	شغل:	Marital Status:	وضعیت ناهم:	Sex:	جنس:
				Married	متاهل	Male	مرد
				Single	مجرد	Female	زن
Address & Phone No. :				آدرس و شماره تلفن:			

مرگ مغزی خانم/آقای..... ساله ای است که به دنبال دچار کاهش سطح هوشیاری (GCS3) شده اند و در بیمارستان از تاریخ ۱۳/.... بستری بوده اند. به دنبال کمای عمیق و عدم وجود رفلکس هایی از قبیل واکنش مردمک به نور با تشخیص احتمالی مرگ مغزی بیمار در تاریخ ۱۳/.... به مرکز پیوند اعضا معرفی و توسط این مرکز مورد ارزیابی قرار گرفت. در معاینات به عمل آمده تست آپنه مثبت بود و رفلکس های ساقه مغز وجود نداشت. نوار مغزی صاف و عدم وجود موارد تقلید کننده مرگ مغزی تشخیص مرگ مغزی را مسجل نمود.

در این مراحل طی ارتباط با وزارت محترم بهداشت گیرندگان اعضا پیوندی مشخص، تأییدات قانونی با ویزیت متخصصین محترم داخلی اعصاب، جراحی، اعصاب، داخلی، و بیهوشی، بیگیری شد. ضایعات قانونی، یا حضور نماینده سازمان، بیشکه، قانونی، اولیا، بیمار، اخذ گردید.

آزمایشات ویروسی شامل HIVAb, HCVAb, HBCAb, HBSAb در سه شرکت معتبر انجام شد که منفی گزارش گردید.

نستخنه ها، سه قلب، بیو، کلیه ها و کبد بسما، به صورت ذبا، بود.

٦٣

کد:

کلھ ها:

۱۰

نسوچ:

پس از هماهنگی‌های لازم با مسئول تخصیص عضو جهت برداشت ارگان‌های مناسب مورد مرگ مغزی به اطاق عمل منتقل شد: سپس ارگان‌های بیمارستان‌های گیرنده بس، از تخصیص عضو انعام گرفته توسط مسئولین وزارت بهداشت ارسال شد.

	BP	PR	RR	T	O2sat
علائم حیاتی بدو ورود					
علائم حیاتی انتقال به OR					