|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| کد مدرک : FO389/00 | **اعزام به مراکز درمانی** |  |
| در تاریخ : ...... / ....... / .......... ، ساعت : ........ : ........ اعزام به بیمارستان انجام می گردد. | | |
| علت تشخیص انتقال : بیماری □ حادثه دیده □ | | |
| مشخصات فرد  نام و نام خانوادگی : ................................ سن : ........ شاغل در : .......................... با عضویت شرکتی□ پیمانکار□ .......................  به علت ............................................................. و بنا به تشخیص آقای ............................ با عنوان شغلی .........................................  به مرکز درمانی انتقال می یابد.  علائم حیاتی یا جراحت یا آسیب هنگام اعزام : ................................................................................................................................  ........................................................................................................................................................................................................ | | |
| مشخصات خودرو  **خودرو ..................... با شماره انتظامی ...................... با کاربری .................. و به رانندگی ........................... و به همراه ..........................**  **با تشخیص و دستور مسئول یا نماینده H.S.S.E اعزام صورت می پذیرد.** | | |
| مرکز درمانی :  **در ساعت ....... : ........ ضمن رسیدن خودرو به مرکز درمانی ........................................ و انتقال بیمار / مجروح به مرکز مربوطه ؛**  **عملیات درمانی به شرح ذیل بر روی فرد فوق الذکر صورت پذیرفت .**  **.....................................................................................................................................................................................................................**  **.....................................................................................................................................................................................................................**  **.....................................................................................................................................................................................................................**  **...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................** | | |
| نظریه پزشک معالج پس از معالجه  **...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................** | | |
| نتیجه نهایی درمان  **فرد مذکور پس از درمان های مورد نیاز برابر نظر پزشک به مدت ......... روز استراحت پزشکی به صورت استعلاجی تشخیص داده شده است .** | | |