



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی-معاونت درمان

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران : University of Medical Science

بیمارستان تریا

فرم تریاژ بخش اورژانس بیمارستان

HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE FORM

کد بیمار : PatientId :

شماره پرونده : Record No :

کد تریاژ

55573

سطح تریاژ بیمار

4

Patient Triage

Date of Arrival : تاریخ مراجعه : 1400/08/25	SEX : جنسیت : M <input type="checkbox"/> مذکر F <input checked="" type="checkbox"/> مونث	Name : نام : فرزانه السادات	Family Name : نام خانوادگی : قریشی
Time of Arrival : ساعت مراجعه : 23:41:00	Pregant : بارداری : No <input checked="" type="checkbox"/> خیر Yes <input type="checkbox"/> بله	Date of Birth : تاریخ تولد : 1357/08/25 43 سال	National Code : کد ملی :
Arrival Mode : نحوه مراجعه : EMS <input type="checkbox"/> 115 آمبولانس خصوصی Private Ambulance <input type="checkbox"/> شخصی By Her Own <input checked="" type="checkbox"/> امداد Air Ambulance <input type="checkbox"/> سایر Other <input type="checkbox"/>			
Patient Presence in ED 24 Past Hours : 24 ساعت گذشته : This Hospital <input type="checkbox"/> همین بیمارستان Other Hospital <input type="checkbox"/> بیمارستان دیگر			
Patient Presence in ED 24 Past Hours : NO <input type="checkbox"/> خیر			
Cause : علت : داخلی : نحوه ورود : با همراه : ارجاع درمانگاه : ارجاع از :			

Chief Complaint : شکایت اصلی بیمار : بدن درد
History of Drug and Food Allergy : سابقه حساسیت دارویی و غذایی : ندارد
Further Details : توضیحات تکمیلی :

Triage Level 1 : بیماران سطح 1 (شرایط تهدید کننده حیات)
Alert (A) <input checked="" type="checkbox"/> هوشیار Verbal (V) <input type="checkbox"/> پاسخ کلامی Pain (P) <input type="checkbox"/> درد Unresponsive (U) <input type="checkbox"/> بدون پاسخ
سطح هوشیاری بیمار : (سیستم AVPU) :
Mouth <input type="checkbox"/> مخاطره راه دیسترس تنفس <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> علامت شوک <input type="checkbox"/> اشباع خون کمتر از 93 <input type="checkbox"/>
SpO2 < 93 Sign of Shock Cyanosis Respiratory Distress Airway Disorder

Triage Level 2 : بیماران سطح 2
High Risk Condition <input type="checkbox"/> شرایط پرخطر Lethargy & Drowsy <input type="checkbox"/> لثارژی و خواب آلودگی Severe Distress <input type="checkbox"/> دیسترس شدید درد <input type="checkbox"/> Paint
سابقه پزشکی : Medical History سابقه دارویی : Drug History

Triage Level 3 : بیماران سطح 3
Number of Required Resources in Emergency : تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس : Two & More <input type="checkbox"/> دو مورد و بیشتر
Triage Level 4 & 5 : بیماران سطح 4 و 5
Number of Required Resources in Emergency : تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس : One Item <input checked="" type="checkbox"/> یک مورد : هیچ : None <input type="checkbox"/>

Vital sign : علائم حیاتی :
SPO2 % : 97 فشار خون : BP: 145/95 PR/min : 103 تنفس : RR / min : 17 دمای بدن : T:37.5 در صد اشباع اکسیژن : درصد اشباع اکسیژن : 97
Patient Triage Level : سطح تریاژ بیمار : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
No Need to Isolate <input type="checkbox"/> جدا سازی بیمار و احتیاط بیشتر کنترل عفونت Patient Isolation and Higher Level of Precautions <input type="checkbox"/> تماسی <input type="checkbox"/> قطره ای <input type="checkbox"/> تنفسی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
Airborne Droplet Contact
ارجاع به : درمانگاه -

Triage Nurse Name /Signature/Stamp : تاریخ و ساعت ارجاع : 1400/08/25 23:41:00 نام و نام خانوادگی ، مهر و امضاء پرستار تریاژ : مؤگان نقیب زاده
Data & Time of Referral : تاریخ و ساعت : 1400/08/25 23:41:00 آقای پیمان : تاریخ و ساعت گزارش : 1400/09/18 22:21:59 کاربر سیستم : IR.MOHHIM-9812-1.0-E01

Physician Name /Signature/Stamp

نام و نام خانوادگی ، مهر و امضاء پزشک

Visit Date & Time :

تاریخ و ساعت ویزیت

Nursing Report :

گزارش پرستاری

مددجو خانم فرزانه السادات قریشی ۴۳ ساله می باشد که در تاریخ ۱۴۰۰/۰۸/۲۵ و ساعت ۲۳:۴۱:۰۰ با همراه در پی مشکل داخلی توسط وسیله شخصی با سطح تریاژ ۴ به این مرکز وارد شده است و شکایت اصلی مددجو بدن درد، و سطح هوشیاری A می باشد

مددجو از نظر وضعیت علایم حیاتی در بدو ورود به شرح BP=۱۴۵/۹۵ SPO_۲=۹۷ PR=۱۰۳ RR=۱۷ T=۳۷.۵ می باشد

مددجو به درمانگاه منتقل شد

نام و نام خانوادگی ، مهر و امضاء پرستار مژگان نقیب زاده

ساعت و تاریخ گزارش ۱۴۰۰/۰۸/۲۵

مرخص گردید

در بخش بستری گردید

اعزام گردید

ارجاع گردید

به بیمارستان

به بیمارستان

و ساعت

بیمار در تاریخ

اجازه معالجه و عمل جراحی

اینجانب بیمار / ولی بیمار ساکن اجازه می دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی، و یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب/ بیمار اینجانب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله برائت پزشک و کارکنان این بیمارستان را از کلیه عوارض احتمالی اقدامات فوق که در مورد اینجانب / بیمار اینجانب انجام دهند اعلام می دارم

نام و امضای بیمار/ همراه بیمار :

نام شاهد (۱) تاریخ امضاء

نام شاهد (۲) تاریخ امضاء

اجازه ترخیص با میل شخصی

اینجانب با میل شخصی خود بر خلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان این مرکز را با در نظر داشتن عواقب و خطرات احتمالی ترک می نمایم و اعلام می دارم که هیچ مسئولیتی متوجه مسئولان ، پزشکان و کارکنان این مرکز نخواهد بود

امضاء بیمار امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار

نام شاهد (۱) تاریخ امضاء

نام شاهد (۲) تاریخ امضاء