

شماره ۳۳۵۷۳۷

رسید اسناد شرکت بیمه "ما"



۰۸۴۰-۴۳۸۶

تاریخ تحويل:

شرکت بیمه گذار:

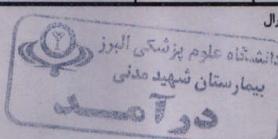
ردیف	نام بیمار	نام خانوادگی	کد ملی بیمار	بیمه شده اصلی	نوع خدمت	تاریخ انجام خدمت	مبلغ درخواستی	با کسر فرانشیز	تامین اجتماعی	مبلغ تائیدیه
۱	ابوالحسن	حاجی انصر					۲۱۴۳,۴۴۹	۶۹		
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										
۱۱		امضا بیمه شده								

امضای تحويل
گیرنده

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، بیمارستان شهید مدنی

نسخه پیمار

نام کاربر: زهرا ترکاشون

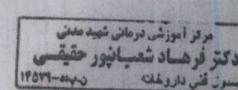


بیمارستان شهید مدنی

مکان بستری: بستری اورژانس	کد بیمار: ۱۷۵۹۰۸۷
نام پدر: علیرضا ش.ش:	نام بیمار: ابوالفضل حاجی اسفندیاری
شماره بیمه: ۰۰۲۱۸۵۱۵۴۲	یمه گر: تامین اجتماعی - درمان طبی
شماره بیمه مکمل:	بیمه مکمل:
تاریخ ترخیص: ۰۰/۰۵/۱۲	نام پزشک: محمد کمانگر
تاریخ بستری: ۰۰/۰۵/۹	تشخیص اولیه:
تشخیص نهایی:	

ردیف	دارو بخش	Acetaminophen Amp Infusion	نام دارو	تاریخ	مبلغ کل	مبلغ بیمه	غیر بیمه
۱	(تایلوفن) ۱gr	Ondansetron Amp I.M Or I.V ۴Mg	Ondansetron Amp I.M Or I.V ۴Mg	۰۰/۰۵/۹	۳۷۶,۰۰۰	۰	۳۷۶,۰۰۰
۲	/ ۲Mil (تهران شیمی)	SODIUM CHLORIDE ۵۰۰CC	SODIUM CHLORIDE ۵۰۰CC	۰۰/۰۵/۹	۷۴۶,۰۰۰	۱۶۴,۰۰۰	۲۳۸,۰۰۰
۳	نرمال نیم لیتری سالین نیم لیتری	Acetaminophen Amp Infusion	Acetaminophen Amp Infusion	۰۰/۰۵/۱۰	۶۸۶,۸۰۰	۰	۶۸۶,۸۰۰
۴	(تایلوفن) ۱gr	pantoprazol Vial ۴۰ Mg (ایرانی)	pantoprazol Vial ۴۰ Mg (ایرانی)	۰۰/۰۵/۱۰	۱۳۵,۲۰۰	۱۳۵,۲۰۰	۰
۵	نرمال نیم لیتری سالین نیم لیتری	SODIUM CHLORIDE ۵۰۰CC	SODIUM CHLORIDE ۵۰۰CC	۰۰/۰۵/۱۰	۷۴۶,۰۰۰	۱۶۴,۰۰۰	۲۳۸,۰۰۰
۶	نرمال نیم لیتری سالین نیم لیتری	SODIUM CHLORIDE ۵۰۰CC	SODIUM CHLORIDE ۵۰۰CC	۰۰/۰۵/۱۰	۳۷۶,۰۰۰	۸۲۶,۰۰۰	۱۳۵,۲۰۰
۷	نرمال نیم لیتری سالین نیم لیتری	Acetaminophen Amp Infusion	Acetaminophen Amp Infusion	۰۰/۰۵/۱۱	۲۷۵,۲۰۰	۰	۲۷۵,۲۰۰
۸	(تایلوفن) ۱gr	pantoprazol Vial ۴۰ Mg (ایرانی)	pantoprazol Vial ۴۰ Mg (ایرانی)	۰۰/۰۵/۱۱	۱۳۵,۲۰۰	۱۳۵,۲۰۰	۰
۹	نرمال نیم لیتری سالین نیم لیتری	SODIUM CHLORIDE ۵۰۰CC	SODIUM CHLORIDE ۵۰۰CC	۰۰/۰۵/۱۱	۳۷۶,۰۰۰	۸۲۶,۰۰۰	۱۱۹,۰۰۰
۱۰	نرمال نیم لیتری سالین نیم لیتری	Acetaminophen Amp Infusion	Acetaminophen Amp Infusion	۰۰/۰۵/۱۱	۱۳۵,۲۰۰	۱۳۵,۲۰۰	۰
	مهر و امضاء مشمول واحد:	جمع کل:			۶۷۱,۸۰۰	۷۶۲,۴۰۰	۱,۴۳۴,۲۰۰

ردیف	لوازم مصرفی بخش	JELCO انزیوتک صورتی	تاریخ گزارش گیری: ۰۰/۰۵/۲۶	صفحه ۱	دانشگاه علوم پزشکی البرز بیمارستان شهید مدنی
۱					
۲	باند کشی ۱۵ سانت زرین طب	۳۷۳۸۳۳۶۳۸۱			

ردیف	نام بیمار: ابوالفضل حاجی اسفندیاری	تاریخ بستری: ۰۰/۰۵/۹	تاریخ ترخیص: ۰۰/۰۵/۱۲	کد بیمار: ۱۷۵۹۰۸۷
۳	چسب انژیوکت درمانگر	۵۹۳۰۹۱۳۲۴۴	۲۵،۷۶۰	۴۲۹۵۹۴
۴	چست لید (اسکین تک)	۶۲۶۰۲۴۶۱۴۳	۱۳۲،۷۲۰	۴۴۲۴۰
۵	دستکش جراحی سایز ۸ ماریگل德 حریر	۵۸۴۴۰۹۳۵۹۵	۷۶،۴۱۲	۷۴۲۲۰۷
۶	ست بلوز شلوار mri اریا طب	۲۴۰،۸۰۰	۲۴۰،۸۰۰	۲۴۰،۸۰۰
۷	سرنگ ۱۰ سی سی ورید	۳۰۵۲۵۰۰۶۰۰	۴۵،۱۵۸	۶۱۳۵۰۴
۸	فولی دو راه (سوپا)	۱۰۴،۷۲۰	۵۱،۰۰۰	۱۰۴،۷۲۰
۹	کیسه ادرار لیبرتون	۳۷۶،۴۰۰	۳۷۶،۴۰۰	۳۷۶،۴۰۰
۱۰	ماسک اکسیژن بزرگسال بهار طب	۲۰۶،۸۰۰	۲۰۶،۸۰۰	۲۰۶،۸۰۰
۱۱	ملحفه تنفس یکبار مصرف کشدار(مهر طب)	۲۰۸،۳۲۰	۲۰۸،۳۲۰	۲۰۸،۳۲۰
۱۲	میکروست فوق تخصصی فارمد	۸۵۰۰۲۲۳۰۹۸	۲۳۰،۸۰۰	۸۵۱۴۹۵
۱۳	اکستشن تیوب ۱۵۰ سانتی Ch10 (سوپا)	۵۲۶،۱۵۳	۲۵،۰۰۰	۲۷۶،۱۵۳
۱۴	سراهی انژیوکت EXELint	۵۳،۹۰۰	۵۳،۹۰۰	۴۸،۹۰۰
مهر و امضاء مسئول واحد:		۱،۷۷۲۰،۸۴۳	۱۹۱،۰۰۰	۱۰۹۳۳،۸۴۳
جمع کل:				
 				
 				
				
صفحه ۲				
تاریخ گزارش گردی: ۰۰/۰۵/۲۶				

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی



کد ملی: ۰۳۱۳۸۸۲۳۶۳

سابقه بتری شدن: Former Record

None ندارد Present دارد

دفعات پستی:

۱۷۵۹.۸۷ بیمار:

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

Medical Centers

مرکز آموزشی دهانی، شعید مدنی

Unit No:

شماره پرونده:

۲۷۷۸۴۴

ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET

ID No:	ش شناسنامه:	Marital status:	*Married Single	وضعیت تاخلی:	متاهل میرجع	Sex:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	جنس:	ذکر موثت	Father Name:	نام پدر:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Place of Work:	محل کار:	Occupation:		Religion:	مشلمان شل:	منصب:		Place of ID:	محل صدور	Place of Birth:	محل تولد:	Date of Birth:	تاریخ تولد:		
٩١٢٠١٣٥٧٥٤		موبایل:													

Address & Phone Number: _____

و هر دشت خ دوم دستیب اک ۳۰ ب ۵۲

أدرس و نلفر:

Address & Phone:		آدرس و تلفن:		Accompanied By or Referred By:		هراء با معرف بیمار:	
Date: ۱۰/۱۲		پزشک بستری کشند:		بخش: پستوی اورژانس		Date: ۱۶:۰۶	
Time: ۱۳:۱۵		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Time: ساعت:	
Discharge		Admitting Physician: محمد گاهانگر		نوع بیمه:		نوع پذیرش:	
Insurance Code:		Insurance:		Police Center Was Informed.		نوع پذیرش:	
From Hospital:		TO Ward: تامین اجتماعی		به بخش:		نامه امداد و آزمایشات و عکسبرداری:	
To Hospital:		بیمارستان:		TO Ward:		Transfer Date:	
Lab. & X-Rays (Results): فرزند پسر							

Code:	کد :	Primary Diagnosis:	تشخیص اولیه:
		<i>(H)</i>	<i>تشخیص حین درگذشته</i>
		<i>(N)</i>	<i>تشخیص نهایی:</i>
		<i>(N)</i>	<i>ملت خارجی:</i>
		<i>(N)</i>	<i>عمل جراحی و سایر اقدامات پرشکی با ذکر تاریخ:</i>
		Operation & Other Procedures (With Date):	عمل جراحی و سایر اقدامات پرشکی با ذکر تاریخ:

Discharge Without Physician's Order		ترخيص با میل شخصی	بیمودی	Recovered	و ضعیت بیمار هنگام ترخیص:
Etc.		غیره:	Follow up	<input checked="" type="checkbox"/> پنجه‌بری	Condition on Discharge
				<input type="checkbox"/> فوت نموده	تواریخی های پس از ترخیص:
					مراجعه به درمانگاه / بیرون (لطفاً ملحوظ کنید)
Others:		Return to OPD / Physician..... Week Time.			Recommendation on Discharge
Cause of Death:		علت فوت:	Before 24 Hours	قبل از ۲۴ ساعت	تاریخ:
		After 24 Hours	<input checked="" type="checkbox"/> بعد از ۲۴ ساعت	Death	Date: Time: ساعت: Death
Length of Stay:		No. of Consultation:	تمداد مشاوره:	No <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> نه	شاوره داشته:
Adm. Officer Signature:		Attending Physician Signature:	اضلاع پزشک مراجع:	Did The Patient Have Consultation	
				اضاء سرپرستار بخش:	
				Head Nurse of Service Signature:	
			Resident Signature:		



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

University of Medical Science:

Medical Center: مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

Clinic No: شماره درمانگاهی:

برونده: Unit-No:

برگ خلاصه بروندہ

Attending Physician:		پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:		تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	پدر:
			Bed:	تخت:				
		تاریخ ترخیص:	Occupation:	شغل:	Married status:	وضعیت نامل:	Sex:	جنس:
					<input type="checkbox"/> متأهل	<input type="checkbox"/> مرد	Male	مرد
					<input type="checkbox"/> مجرد	<input type="checkbox"/> زن	Female	زن
Address & Phone No.: آدرس و شماره تلفن:								

شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه: شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه:

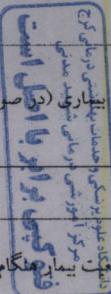
تشخیص نهایی: Final Diagnosis:

اقدامات درمانی و اعمال جراحی: اقدامات درمانی و اعمال جراحی:

نتایج آزمایشات پاراکلینیکی: Results of Paraclinical Examination:

سریع پنهانی (در صورت فوت، علت مرگ): سریع پنهانی (در صورت فوت، علت مرگ):

وضعیت بیمار هنگام ترخیص: Patient's Condition on Discharge:



توصیه‌های پس از ترخیص:

نام و امضاء پزشک معالج:

طرح استانداردسازی و پیوند سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۰۰/۱

برگ خلاصه بروندہ

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز



University of Medical Science:

Medical Center: **مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی**

شماره پرونده: _____

برگشتری شرح حال و معاینه بدنی

MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:
<i>دکتر کاظمی</i>	<i>دکتر کاظمی</i>	<i>۱۰</i>	<i>آرالعسل</i>
Date of Admission:	Tاريخ پذیرش:	Room:	اتاق:
<i>۱۴۰۹</i>	<i>۱۴۰۹</i>	<i>۱۰۲</i>	<i>تخت</i>
		Date of Birth:	تاریخ تولد:
		<i>۱۳۷۸</i>	<i>۱۳۷۸</i>
		Bed:	

شکایت اصلی بیمار: _____

کارگردانی اسیدیت کلیست نیل کروماز

لهم الله اعلم

تاریخچه بیماری فعلی: _____

OPRA OROS QPRV QPSV

تاریخچه بیماریهای قبلی: *سبک / فوکر ترمه / حراجیت (نیزه) / بین روز رفع شد*

داروهای در حال مصرف و سایر مبتلایان: *لیکور ۵۰ مل لیتر*

حساسیت به: _____

۱۰۸۱ ستم ملایت داروس خانه ها

سوابق خانوادگی: _____

۱۰۱۰، ۱۰۱۰، ۱۰۱۰، ۱۰۱۰، ۱۰۱۰

معاینهای بدنی و هر روزی تغییر نداشته باشد.

معاینهای بدنی و هر روزی تغییر نداشته باشد.

پوست:

چشمچه:

جمجمه:

گوش:

لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

طرح استاندارد سازی و جهیزه تمودن سیسم مدارک پزشکی کشور/۷۰۰

برگشتری شرح حال و معاینه بدنی

برگشتری شرح حال و معاینه بدنی
MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued):

معاینه بدنی و برسیهای اولیه بالینی (ادامه):

Eyes: <input type="checkbox"/>	چشم:
Nose: <input type="checkbox"/>	نیزه:
Mouth: <input type="checkbox"/>	دهان:
Throat: <input type="checkbox"/>	گلو:
Neck: <input type="checkbox"/>	گردن:
Lymph Nodes: <input type="checkbox"/>	غدد لنفاوی:
Chest: <input type="checkbox"/>	قفسه سینه:
Breast: <input type="checkbox"/>	پستان:
Heart: <input type="checkbox"/>	قلب:
Lung: <input type="checkbox"/>	ریه:
Vessels: <input type="checkbox"/>	عروق:
Abdomen: <input type="checkbox"/>	شکم:
Genital Organ (Male): <input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (ملکر):
Genital Organ (Female): <input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مؤنث):
Rectum: <input type="checkbox"/>	مقعد:
Nervous System: <input type="checkbox"/>	اعصاب:
Extremities: <input type="checkbox"/>	اندامها (فوقانی، تحتانی):
Bones-Joints-Muscles: <input type="checkbox"/>	استخوان-مفاصل-عضلات:

توضیح: در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگاههای فوق در مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت مشخص گردد.

NOTE: In case of abnormalities in any organ please explain in front of it, otherwise please mark with .

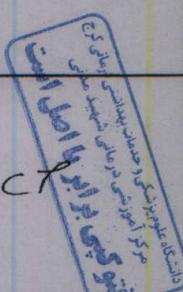
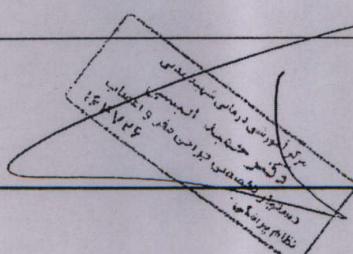
SUMMARY:

خلاصه: در کل اندام EDHIB مخصوصاً ملهم و گل مبتلا به سرماشی

سالم

Primary DX:

تشخیص اولیه:



Signature of Examining Physician:

امضاء پزشک معاینه کننده:





وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

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

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

بوجک سیر یماری

Unit No:

شماره پرونده:

PROGRESS NOTES SHEET

برگ سیر بیماری

اسماء پزشک Sign of physician	پیشرفت معالجات Treatment Progress	تاریخ Date
W 812	دو جلسه اگذاری خوب است	۱۵/۱۱
AH 1210	نیست	6-
PH 318	دو جلسه اگذاری خوب است	BCT
C178	دو جلسه اگذاری خوب است	10/11
Nar 133	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
K 4	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
CS	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
W 910	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
AH 1213	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
PH 299	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-
	دو جلسه اگذاری خوب است	6-



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
موزه آموزشی درمانی شهید مدنی

Unit No: شمارہ پرونده:

CONSULTATION REQUEST SHEET

۱۰۰ / ۹ کشوری پزشکی مدارک سیستم نمودن یهینه استانداردسازی طرح

Consultant Physician Name & Signature:

100

سید علی خاک آبادی، مشاور

↓ ↓

Q 41 FAST میور

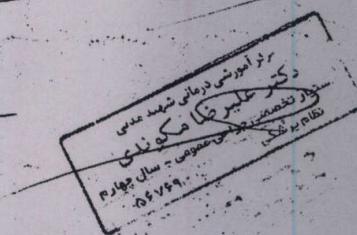
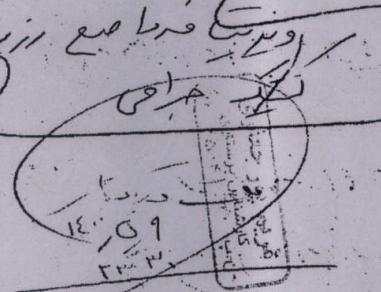
Q 51 سرمهانی شکر، ملک

Q 161 ایس ایکس شود

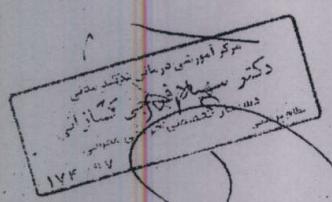
P 71 صورت ایس ایکس در عالم
خوار و آرایشی سریع آغاز شده

امرازه هم

C 81 وسیع فناصع هنرست



Q 41, 51 - ۱۲.۸ - ۱.۱.۱۳



۱۲.۸ - ۱.۱.۱۳

۱۰/۸

پیار و نیزه ن - حل عصر ساعت ایس دار ایس

آجود لذت نمودند از نیزه خواهند
باز کرد از نیزه خواهند بگردند



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
University of Medical Science: مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی



Medical Center: بروگ درخواست مشاوره

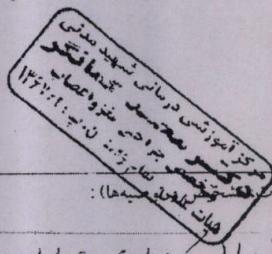
CONSULTATION REQUEST SHEET

شماره پرونده: ۱۷۰۹۰۸۷

Attending Physician:	پزشک معالج: دکتر	Ward:	بخش:
Name:	ابوالعصر	Name:	نام خانوادگی: حسینی استغیری
Date of Admission:	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۹	Room:	اتاق:
		Bed:	تخت:
			Date of Birth: ۱۳
			تاریخ تولد:
			Father Name: اللہ محمد
Date of Request:	تاریخ درخواست: ۱۴۰۹	Consultation Requested With:	
Time:	ساعت درخواست:	درخواست مشاوره با:	
Kind of Consultation:	نوع مشاوره:	نام پزشک درخواست کننده:	
Non emergency <input type="checkbox"/>	Emergency <input type="checkbox"/>	Requestive Physician:	تشخیص اولیه:
Primary Diagnosis:			

گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره:

مساری دیوبیت



Consultant Physician's Observation & Notes:

مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات مشترکه و متفاوت از مشاهدات پرستار):

پیاره سه تا را با این تردد از سقط اندود جوش دارند اما سرمه و لاساره دارند از این طریق درمان نمودند (با درمان دارند از این طریق درمان نمودند) \rightarrow این مسیر خوب نیست (نمودند) \rightarrow این مسیر خوب نیست (نمودند)

۱۴/۹/۹۹

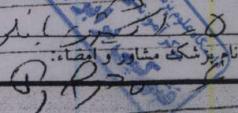
Date:

تاریخ:

Consultant Physician Name & Signature:

طرح استانداردسازی و بهبود نمودن سیستم مدادرک پزشکی کشور ۱۰۰/۹

بروگ درخواست مشاوره



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

University of Medical Science: Medical Center: مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی



برگ دستورات پزشک
PHYSICIAN'S ORDER SHEET

شماره پرونده: _____

Unit No: _____

Attending Physician:	پزشک معالج: <i>دکتر هاشمی</i>	Ward:	بخش:	Name:	نام: ابراهیم	Family Name:	نام خانوادگی: حسینی
Date of Admission:	تاریخ پذیرش: <i>۱۴/۰۹</i>	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد: <i>۲۱/۰۹</i>	Father Name:	نام پدر:
Bed:	تخت:						
امضاء پرستار Signature of Nurses	امضاء پزشک Signature of Physician	دستورات Orders				ساعت Time	تاریخ Date
		<i>رجوع کریم ①</i> <i>CBR ②</i> <i>Q NPO ③</i> <i>Head elevation ④</i> <i>4-6L CO₂ ⑤</i> <i>CBCdiff, BSG, BNG Cr, nNakSPt, Pt ⑥</i> <i>دیافراگم ۷</i> <i>Q 25P ۸ ۵gr اول ۹</i> <i>۱۰ ۱۱ ۱۲ ۱۳</i> <i>۱۴ ۱۵ ۱۶ ۱۷</i> <i>۱۸ ۱۹ ۲۰ ۲۱</i> <i>۲۲ ۲۳ ۲۴ ۲۵</i> <i>دو هفته ۲۶</i> <i>ص ۲۷</i> <i>۲۸ ۲۹</i> <i>۳۰ ۳۱</i> <i>۳۲ ۳۳</i> <i>۳۴ ۳۵</i> <i>۳۶ ۳۷</i> <i>۳۸ ۳۹</i> <i>۴۰ ۴۱</i> <i>۴۲ ۴۳</i> <i>۴۴ ۴۵</i> <i>۴۶ ۴۷</i> <i>۴۸ ۴۹</i> <i>۵۰ ۵۱</i> <i>۵۲ ۵۳</i> <i>۵۴ ۵۵</i> <i>۵۶ ۵۷</i> <i>۵۸ ۵۹</i> <i>۶۰ ۶۱</i> <i>۶۲ ۶۳</i> <i>۶۴ ۶۵</i> <i>۶۶ ۶۷</i> <i>۶۸ ۶۹</i> <i>۷۰ ۷۱</i> <i>۷۲ ۷۳</i> <i>۷۴ ۷۵</i> <i>۷۶ ۷۷</i> <i>۷۸ ۷۹</i> <i>۸۰ ۸۱</i> <i>۸۲ ۸۳</i> <i>۸۴ ۸۵</i> <i>۸۶ ۸۷</i> <i>۸۸ ۸۹</i> <i>۹۰ ۹۱</i> <i>۹۲ ۹۳</i> <i>۹۴ ۹۵</i> <i>۹۶ ۹۷</i> <i>۹۸ ۹۹</i> <i>۱۰۰ ۱۰۱</i> <i>۱۰۲ ۱۰۳</i> <i>۱۰۴ ۱۰۵</i> <i>۱۰۶ ۱۰۷</i> <i>۱۰۸ ۱۰۹</i> <i>۱۱۰ ۱۱۱</i> <i>۱۱۲ ۱۱۳</i> <i>۱۱۴ ۱۱۵</i> <i>۱۱۶ ۱۱۷</i> <i>۱۱۸ ۱۱۹</i> <i>۱۲۰ ۱۲۱</i> <i>۱۲۲ ۱۲۳</i> <i>۱۲۴ ۱۲۵</i> <i>۱۲۶ ۱۲۷</i> <i>۱۲۸ ۱۲۹</i> <i>۱۳۰ ۱۳۱</i> <i>۱۳۲ ۱۳۳</i> <i>۱۳۴ ۱۳۵</i> <i>۱۳۶ ۱۳۷</i> <i>۱۳۸ ۱۳۹</i> <i>۱۴۰ ۱۴۱</i> <i>۱۴۲ ۱۴۳</i> <i>۱۴۴ ۱۴۵</i> <i>۱۴۶ ۱۴۷</i> <i>۱۴۸ ۱۴۹</i> <i>۱۵۰ ۱۵۱</i> <i>۱۵۲ ۱۵۳</i> <i>۱۵۴ ۱۵۵</i> <i>۱۵۶ ۱۵۷</i> <i>۱۵۸ ۱۵۹</i> <i>۱۶۰ ۱۶۱</i> <i>۱۶۲ ۱۶۳</i> <i>۱۶۴ ۱۶۵</i> <i>۱۶۶ ۱۶۷</i> <i>۱۶۸ ۱۶۹</i> <i>۱۷۰ ۱۷۱</i> <i>۱۷۲ ۱۷۳</i> <i>۱۷۴ ۱۷۵</i> <i>۱۷۶ ۱۷۷</i> <i>۱۷۸ ۱۷۹</i> <i>۱۸۰ ۱۸۱</i> <i>۱۸۲ ۱۸۳</i> <i>۱۸۴ ۱۸۵</i> <i>۱۸۶ ۱۸۷</i> <i>۱۸۸ ۱۸۹</i> <i>۱۹۰ ۱۹۱</i> <i>۱۹۲ ۱۹۳</i> <i>۱۹۴ ۱۹۵</i> <i>۱۹۶ ۱۹۷</i> <i>۱۹۸ ۱۹۹</i> <i>۲۰۰ ۲۰۱</i> <i>۲۰۲ ۲۰۳</i> <i>۲۰۴ ۲۰۵</i> <i>۲۰۶ ۲۰۷</i> <i>۲۰۸ ۲۰۹</i> <i>۲۱۰ ۲۱۱</i> <i>۲۱۲ ۲۱۳</i> <i>۲۱۴ ۲۱۵</i> <i>۲۱۶ ۲۱۷</i> <i>۲۱۸ ۲۱۹</i> <i>۲۲۰ ۲۲۱</i> <i>۲۲۲ ۲۲۳</i> <i>۲۲۴ ۲۲۵</i> <i>۲۲۶ ۲۲۷</i> <i>۲۲۸ ۲۲۹</i> <i>۲۳۰ ۲۳۱</i> <i>۲۳۲ ۲۳۳</i> <i>۲۳۴ ۲۳۵</i> <i>۲۳۶ ۲۳۷</i> <i>۲۳۸ ۲۳۹</i> <i>۲۴۰ ۲۴۱</i> <i>۲۴۲ ۲۴۳</i> <i>۲۴۴ ۲۴۵</i> <i>۲۴۶ ۲۴۷</i> <i>۲۴۸ ۲۴۹</i> <i>۲۵۰ ۲۵۱</i> <i>۲۵۲ ۲۵۳</i> <i>۲۵۴ ۲۵۵</i> <i>۲۵۶ ۲۵۷</i> <i>۲۵۸ ۲۵۹</i> <i>۲۶۰ ۲۶۱</i> <i>۲۶۲ ۲۶۳</i> <i>۲۶۴ ۲۶۵</i> <i>۲۶۶ ۲۶۷</i> <i>۲۶۸ ۲۶۹</i> <i>۲۷۰ ۲۷۱</i> <i>۲۷۲ ۲۷۳</i> <i>۲۷۴ ۲۷۵</i> <i>۲۷۶ ۲۷۷</i> <i>۲۷۸ ۲۷۹</i> <i>۲۸۰ ۲۸۱</i> <i>۲۸۲ ۲۸۳</i> <i>۲۸۴ ۲۸۵</i> <i>۲۸۶ ۲۸۷</i> <i>۲۸۸ ۲۸۹</i> <i>۲۹۰ ۲۹۱</i> <i>۲۹۲ ۲۹۳</i> <i>۲۹۴ ۲۹۵</i> <i>۲۹۶ ۲۹۷</i> <i>۲۹۸ ۲۹۹</i> <i>۳۰۰ ۳۰۱</i> <i>۳۰۲ ۳۰۳</i> <i>۳۰۴ ۳۰۵</i> <i>۳۰۶ ۳۰۷</i> <i>۳۰۸ ۳۰۹</i> <i>۳۱۰ ۳۱۱</i> <i>۳۱۲ ۳۱۳</i> <i>۳۱۴ ۳۱۵</i> <i>۳۱۶ ۳۱۷</i> <i>۳۱۸ ۳۱۹</i> <i>۳۲۰ ۳۲۱</i> <i>۳۲۲ ۳۲۳</i> <i>۳۲۴ ۳۲۵</i> <i>۳۲۶ ۳۲۷</i> <i>۳۲۸ ۳۲۹</i> <i>۳۳۰ ۳۳۱</i> <i>۳۳۲ ۳۳۳</i> <i>۳۳۴ ۳۳۵</i> <i>۳۳۶ ۳۳۷</i> <i>۳۳۸ ۳۳۹</i> <i>۳۴۰ ۳۴۱</i> <i>۳۴۲ ۳۴۳</i> <i>۳۴۴ ۳۴۵</i> <i>۳۴۶ ۳۴۷</i> <i>۳۴۸ ۳۴۹</i> <i>۳۵۰ ۳۵۱</i> <i>۳۵۲ ۳۵۳</i> <i>۳۵۴ ۳۵۵</i> <i>۳۵۶ ۳۵۷</i> <i>۳۵۸ ۳۵۹</i> <i>۳۶۰ ۳۶۱</i> <i>۳۶۲ ۳۶۳</i> <i>۳۶۴ ۳۶۵</i> <i>۳۶۶ ۳۶۷</i> <i>۳۶۸ ۳۶۹</i> <i>۳۷۰ ۳۷۱</i> <i>۳۷۲ ۳۷۳</i> <i>۳۷۴ ۳۷۵</i> <i>۳۷۶ ۳۷۷</i> <i>۳۷۸ ۳۷۹</i> <i>۳۸۰ ۳۸۱</i> <i>۳۸۲ ۳۸۳</i> <i>۳۸۴ ۳۸۵</i> <i>۳۸۶ ۳۸۷</i> <i>۳۸۸ ۳۸۹</i> <i>۳۹۰ ۳۹۱</i> <i>۳۹۲ ۳۹۳</i> <i>۳۹۴ ۳۹۵</i> <i>۳۹۶ ۳۹۷</i> <i>۳۹۸ ۳۹۹</i> <i>۴۰۰ ۴۰۱</i> <i>۴۰۲ ۴۰۳</i> <i>۴۰۴ ۴۰۵</i> <i>۴۰۶ ۴۰۷</i> <i>۴۰۸ ۴۰۹</i> <i>۴۱۰ ۴۱۱</i> <i>۴۱۲ ۴۱۳</i> <i>۴۱۴ ۴۱۵</i> <i>۴۱۶ ۴۱۷</i> <i>۴۱۸ ۴۱۹</i> <i>۴۲۰ ۴۲۱</i> <i>۴۲۲ ۴۲۳</i> <i>۴۲۴ ۴۲۵</i> <i>۴۲۶ ۴۲۷</i> <i>۴۲۸ ۴۲۹</i> <i>۴۳۰ ۴۳۱</i> <i>۴۳۲ ۴۳۳</i> <i>۴۳۴ ۴۳۵</i> <i>۴۳۶ ۴۳۷</i> <i>۴۳۸ ۴۳۹</i> <i>۴۴۰ ۴۴۱</i> <i>۴۴۲ ۴۴۳</i> <i>۴۴۴ ۴۴۵</i> <i>۴۴۶ ۴۴۷</i> <i>۴۴۸ ۴۴۹</i> <i>۴۵۰ ۴۵۱</i> <i>۴۵۲ ۴۵۳</i> <i>۴۵۴ ۴۵۵</i> <i>۴۵۶ ۴۵۷</i> <i>۴۵۸ ۴۵۹</i> <i>۴۶۰ ۴۶۱</i> <i>۴۶۲ ۴۶۳</i> <i>۴۶۴ ۴۶۵</i> <i>۴۶۶ ۴۶۷</i> <i>۴۶۸ ۴۶۹</i> <i>۴۷۰ ۴۷۱</i> <i>۴۷۲ ۴۷۳</i> <i>۴۷۴ ۴۷۵</i> <i>۴۷۶ ۴۷۷</i> <i>۴۷۸ ۴۷۹</i> <i>۴۸۰ ۴۸۱</i> <i>۴۸۲ ۴۸۳</i> <i>۴۸۴ ۴۸۵</i> <i>۴۸۶ ۴۸۷</i> <i>۴۸۸ ۴۸۹</i> <i>۴۹۰ ۴۹۱</i> <i>۴۹۲ ۴۹۳</i> <i>۴۹۴ ۴۹۵</i> <i>۴۹۶ ۴۹۷</i> <i>۴۹۸ ۴۹۹</i> <i>۵۰۰ ۵۰۱</i> <i>۵۰۲ ۵۰۳</i> <i>۵۰۴ ۵۰۵</i> <i>۵۰۶ ۵۰۷</i> <i>۵۰۸ ۵۰۹</i> <i>۵۱۰ ۵۱۱</i> <i>۵۱۲ ۵۱۳</i> <i>۵۱۴ ۵۱۵</i> <i>۵۱۶ ۵۱۷</i> <i>۵۱۸ ۵۱۹</i> <i>۵۲۰ ۵۲۱</i> <i>۵۲۲ ۵۲۳</i> <i>۵۲۴ ۵۲۵</i> <i>۵۲۶ ۵۲۷</i> <i>۵۲۸ ۵۲۹</i> <i>۵۳۰ ۵۳۱</i> <i>۵۳۲ ۵۳۳</i> <i>۵۳۴ ۵۳۵</i> <i>۵۳۶ ۵۳۷</i> <i>۵۳۸ ۵۳۹</i> <i>۵۴۰ ۵۴۱</i> <i>۵۴۲ ۵۴۳</i> <i>۵۴۴ ۵۴۵</i> <i>۵۴۶ ۵۴۷</i> <i>۵۴۸ ۵۴۹</i> <i>۵۵۰ ۵۵۱</i> <i>۵۵۲ ۵۵۳</i> <i>۵۵۴ ۵۵۵</i> <i>۵۵۶ ۵۵۷</i> <i>۵۵۸ ۵۵۹</i> <i>۵۶۰ ۵۶۱</i> <i>۵۶۲ ۵۶۳</i> <i>۵۶۴ ۵۶۵</i> <i>۵۶۶ ۵۶۷</i> <i>۵۶۸ ۵۶۹</i> <i>۵۷۰ ۵۷۱</i> <i>۵۷۲ ۵۷۳</i> <i>۵۷۴ ۵۷۵</i> <i>۵۷۶ ۵۷۷</i> <i>۵۷۸ ۵۷۹</i> <i>۵۸۰ ۵۸۱</i> <i>۵۸۲ ۵۸۳</i> <i>۵۸۴ ۵۸۵</i> <i>۵۸۶ ۵۸۷</i> <i>۵۸۸ ۵۸۹</i> <i>۵۹۰ ۵۹۱</i> <i>۵۹۲ ۵۹۳</i> <i>۵۹۴ ۵۹۵</i> <i>۵۹۶ ۵۹۷</i> <i>۵۹۸ ۵۹۹</i> <i>۶۰۰ ۶۰۱</i> <i>۶۰۲ ۶۰۳</i> <i>۶۰۴ ۶۰۵</i> <i>۶۰۶ ۶۰۷</i> <i>۶۰۸ ۶۰۹</i> <i>۶۱۰ ۶۱۱</i> <i>۶۱۲ ۶۱۳</i> <i>۶۱۴ ۶۱۵</i> <i>۶۱۶ ۶۱۷</i> <i>۶۱۸ ۶۱۹</i> <i>۶۲۰ ۶۲۱</i> <i>۶۲۲ ۶۲۳</i> <i>۶۲۴ ۶۲۵</i> <i>۶۲۶ ۶۲۷</i> <i>۶۲۸ ۶۲۹</i> <i>۶۳۰ ۶۳۱</i> <i>۶۳۲ ۶۳۳</i> <i>۶۳۴ ۶۳۵</i> <i>۶۳۶ ۶۳۷</i> <i>۶۳۸ ۶۳۹</i> <i>۶۴۰ ۶۴۱</i> <i>۶۴۲ ۶۴۳</i> <i>۶۴۴ ۶۴۵</i> <i>۶۴۶ ۶۴۷</i> <i>۶۴۸ ۶۴۹</i> <i>۶۵۰ ۶۵۱</i> <i>۶۵۲ ۶۵۳</i> <i>۶۵۴ ۶۵۵</i> <i>۶۵۶ ۶۵۷</i> <i>۶۵۸ ۶۵۹</i> <i>۶۶۰ ۶۶۱</i> <i>۶۶۲ ۶۶۳</i> <i>۶۶۴ ۶۶۵</i> <i>۶۶۶ ۶۶۷</i> <i>۶۶۸ ۶۶۹</i> <i>۶۷۰ ۶۷۱</i> <i>۶۷۲ ۶۷۳</i> <i>۶۷۴ ۶۷۵</i> <i>۶۷۶ ۶۷۷</i> <i>۶۷۸ ۶۷۹</i> <i>۶۸۰ ۶۸۱</i> <i>۶۸۲ ۶۸۳</i> <i>۶۸۴ ۶۸۵</i> <i>۶۸۶ ۶۸۷</i> <i>۶۸۸ ۶۸۹</i> <i>۶۹۰ ۶۹۱</i> <i>۶۹۲ ۶۹۳</i> <i>۶۹۴ ۶۹۵</i> <i>۶۹۶ ۶۹۷</i> <i>۶۹۸ ۶۹۹</i> <i>۷۰۰ ۷۰۱</i> <i>۷۰۲ ۷۰۳</i> <i>۷۰۴ ۷۰۵</i> <i>۷۰۶ ۷۰۷</i> <i>۷۰۸ ۷۰۹</i> <i>۷۱۰ ۷۱۱</i> <i>۷۱۲ ۷۱۳</i> <i>۷۱۴ ۷۱۵</i> <i>۷۱۶ ۷۱۷</i> <i>۷۱۸ ۷۱۹</i> <i>۷۲۰ ۷۲۱</i> <i>۷۲۲ ۷۲۳</i> <i>۷۲۴ ۷۲۵</i> <i>۷۲۶ ۷۲۷</i> <i>۷۲۸ ۷۲۹</i> <i>۷۳۰ ۷۳۱</i> <i>۷۳۲ ۷۳۳</i> <i>۷۳۴ ۷۳۵</i> <i>۷۳۶ ۷۳۷</i> <i>۷۳۸ ۷۳۹</i> <i>۷۴۰ ۷۴۱</i> <i>۷۴۲ ۷۴۳</i> <i>۷۴۴ ۷۴۵</i> <i>۷۴۶ ۷۴۷</i> <i>۷۴۸ ۷۴۹</i> <i>۷۵۰ ۷۵۱</i> <i>۷۵۲ ۷۵۳</i> <i>۷۵۴ ۷۵۵</i> <i>۷۵۶ ۷۵۷</i> <i>۷۵۸ ۷۵۹</i> <i>۷۶۰ ۷۶۱</i> <i>۷۶۲ ۷۶۳</i> <i>۷۶۴ ۷۶۵</i> <i>۷۶۶ ۷۶۷</i> <i>۷۶۸ ۷۶۹</i> <i>۷۷۰ ۷۷۱</i> <i>۷۷۲ ۷۷۳</i> <i>۷۷۴ ۷۷۵</i> <i>۷۷۶ ۷۷۷</i> <i>۷۷۸ ۷۷۹</i> <i>۷۸۰ ۷۸۱</i> <i>۷۸۲ ۷۸۳</i> <i>۷۸۴ ۷۸۵</i> <i>۷۸۶ ۷۸۷</i> <i>۷۸۸ ۷۸۹</i> <i>۷۹۰ ۷۹۱</i> <i>۷۹۲ ۷۹۳</i> <i>۷۹۴ ۷۹۵</i> <i>۷۹۶ ۷۹۷</i> <i>۷۹۸ ۷۹۹</i> <i>۷۱۰ ۷۱۱</i> <i>۷۱۲ ۷۱۳</i> <i>۷۱۴ ۷۱۵</i> <i>۷۱۶ ۷۱۷</i> <i>۷۱۸ ۷۱۹</i> <i>۷۲۰ ۷۲۱</i> <i>۷۲۲ ۷۲۳</i> <i>۷۲۴ ۷۲۵</i> <i>۷۲۶ ۷۲۷</i> <i>۷۲۸ ۷۲۹</i> <i>۷۳۰ ۷۳۱</i> <i>۷۳۲ ۷۳۳</i> <i>۷۳۴ ۷۳۵</i> <i>۷۳۶ ۷۳۷</i> <i>۷۳۸ ۷۳۹</i> <i>۷۴۰ ۷۴۱</i> <i>۷۴۲ ۷۴۳</i> <i>۷۴۴ ۷۴۵</i> <i>۷۴۶ ۷۴۷</i> <i>۷۴۸ ۷۴۹</i> <i>۷۵۰ ۷۵۱</i> <i>۷۵۲ ۷۵۳</i> <i>۷۵۴ ۷۵۵</i> <i>۷۵۶ ۷۵۷</i> <i>۷۵۸ ۷۵۹</i> <i>۷۶۰ ۷۶۱</i> <i>۷۶۲ ۷۶۳</i> <i>۷۶۴ ۷۶۵</i> <i>۷۶۶ ۷۶۷</i> <i>۷۶۸ ۷۶۹</i> <i>۷۷۰ ۷۷۱</i> <i>۷۷۲ ۷۷۳</i> <i>۷۷۴ ۷۷۵</i> <i>۷۷۶ ۷۷۷</i> <i>۷۷۸ ۷۷۹</i> <i>۷۸۰ ۷۸۱</i> <i>۷۸۲ ۷۸۳</i> <i>۷۸۴ ۷۸۵</i> <i>۷۸۶ ۷۸۷</i> <i>۷۸۸ ۷۸۹</i> <i>۷۹۰ ۷۹۱</i> <i>۷۹۲ ۷۹۳</i> <i>۷۹۴ ۷۹۵</i> <i>۷۹۶ ۷۹۷</i> <i>۷۹۸ ۷۹۹</i> <i>۷۱۰ ۷۱۱</i> <i>۷۱۲ ۷۱۳</i> <i>۷۱۴ ۷۱۵</i> <i>۷۱۶ ۷۱۷</i> <i>۷۱۸ ۷۱۹</i> <i>۷۲۰ ۷۲۱</i> <i>۷۲۲ ۷۲۳</i> <i>۷۲۴ ۷۲۵</i> <i>۷۲۶ ۷۲۷</i> <i>۷۲۸ ۷۲۹</i> <i>۷۳۰ ۷۳۱</i> <i>۷۳۲ ۷۳۳</i> <i>۷۳۴ ۷۳۵</i> <i>۷۳۶ ۷۳۷</i> <i>۷۳۸ ۷۳۹</i> <i>۷۴۰ ۷۴۱</i> <i>۷۴۲ ۷۴۳</i> <i>۷۴۴ ۷۴۵</i> <i>۷۴۶ ۷۴۷</i> <i>۷۴۸ ۷۴۹</i> <i>۷۵۰ ۷۵۱</i> <i>۷۵۲ ۷۵۳</i> <i>۷۵۴ ۷۵۵</i> <i>۷۵۶ ۷۵۷</i> <i>۷۵۸ ۷۵۹</i> <i>۷۶۰ ۷۶۱</i> <i>۷۶۲ ۷۶۳</i> <i>۷۶۴ ۷۶۵</i> <i>۷۶۶ ۷۶۷</i> <i>۷۶۸ ۷۶۹</i> <i>۷۷۰ ۷۷۱</i> <i>۷۷۲ ۷۷۳</i> <i>۷۷۴ ۷۷۵</i> <i>۷۷۶ ۷۷۷</i> <i>۷۷۸ ۷۷۹</i> <i>۷۸۰ ۷۸۱</i> <i>۷۸۲ ۷۸۳</i> <i>۷۸۴ ۷۸۵</i> <i>۷۸۶ ۷۸۷</i> <i>۷۸۸ ۷۸۹</i> <i>۷۹۰ ۷۹۱</i> <i>۷۹۲ ۷۹۳</i> <i>۷۹۴ ۷۹۵</i> <i>۷۹۶ ۷۹۷</i> <i>۷۹۸ ۷۹۹</i> <i>۷۱۰ ۷۱۱</i> <i>۷۱۲ ۷۱۳</i> <i>۷۱۴ ۷۱۵</i> <i>۷۱۶ ۷۱۷</i> <i>۷۱۸ ۷۱۹</i> <i>۷۲۰ ۷۲۱</i> <i>۷۲۲ ۷۲۳</i> <i>۷۲۴ ۷۲۵</i> <i>۷۲۶ ۷۲۷</i> <i>۷۲۸ ۷۲۹</i> <i>۷۳۰ ۷۳۱</i> <i>۷۳۲ ۷۳۳</i> <i>۷۳۴ ۷۳۵</i> <i>۷۳۶ ۷۳۷</i> <i>۷۳۸ ۷۳۹</i> <i>۷۴۰ ۷۴۱</i> <i>۷۴۲ ۷۴۳</i> <i>۷۴۴ ۷۴۵</i> <i>۷۴۶ ۷۴۷</i> <i>۷۴۸ ۷۴۹</i> <i>۷۵۰ ۷۵۱</i> <i>۷۵۲ ۷۵۳</i> <i>۷۵۴ ۷۵۵</i> <i>۷۵۶ ۷۵۷</i> <i>۷۵۸ ۷۵۹</i> <i>۷۶۰ ۷۶۱</i> <i>۷۶۲ ۷۶۳</i> <i>۷۶۴ ۷۶۵</i> <i>۷۶۶ ۷۶۷</i> <i>۷۶۸ ۷۶۹</i> <i>۷۷۰ ۷۷۱</i> <i>۷۷۲ ۷۷۳</i> <i>۷۷۴ ۷۷۵</i> <i>۷۷۶ ۷۷۷</i> <i>۷۷۸ ۷۷۹</i> <i>۷۸۰ ۷۸۱</i> <i>۷۸۲ ۷۸۳</i> <i>۷۸۴ ۷۸۵</i> <i>۷۸۶ ۷۸۷</i>					

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

University of Medical Science:

Medical Center:

CNS

IU Add

کد ملی

۱۳۸۸۲۳۶۳

ج ۶:

۰۳:



Unit No:

شماره پروتکله:

دفعات بسته:

شماره درمانگاهی:

۱۷۵۹-۸۷

برونده اورژانس

EMERGENCY RECORD

ID No:	ش شناسنامه:	Marital status:	وضعیت نامملو:	Sex:	جنس:	Father Name:	نام پدر:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
		<input type="checkbox"/> متجوز	<input type="checkbox"/> متاهل	<input checked="" type="checkbox"/> M	ذکر	الله بخشش	ابوالفضل			حاجی اسفندیاری	
		<input type="checkbox"/> مجرد	<input type="checkbox"/> مجرد	<input type="checkbox"/> F	موث						
Place of Work:	محل کار:	Occupation:	شغل:	Religion:	مذهب:	Place of ID:	محل صدور	Place of Birth:	محل تولد:	Date of Birth:	تاریخ تولد:
				مسلمان		شناخته شده:				۸۷/۳/۲۳	

آدرس و تلفن: وهد دشت خ دوم دستیب ک ۳۰ پ ۵۲ تلفن: ۱

Address & Phone Number: Address & Phone: آدرس و تلفن: Accompanied By or Referred By: همراه یا معرف بیمار:

Date: تاریخ:	Discharge	ترخصی:	Admitting Physician:	پزشک بشری کشته:	شخص پلیس	اموال اس	نوع درود:	Date: ۱۴/۰۴/۹۷	تاریخ:	پذیرش
Time: ساعت:			دکتر داریوش شیری		<input type="checkbox"/> Police	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> Ambulance	۲۱:۹	Time:	Admission

(Cause of Injury) علت جراحت مجموع معلوم (علت جراحت) شماره و میله نقایه تصادفی مسمومیت بیماری نوع پذیرش: شماره و میله نقایه تصادفی مسمومیت بیماری Kind of Adm.

Insurance Code: شماره بیمه: ۰۰۲۱۸۵۱۵۴۲ Inssurance: نوع بیمه: تأمین اجتماعی Place of Accident: محل حادثه: به مرکز انتظامی اطلاع داده شد. Police Center Was Informed.

نام و امضاء تحويل گیرنده: لیست اموال همراه بیمار:

Vehicle No.: Trauma Poisoning Illness Adm.

.....

.....

.....

Given by شخص اول:

Disease Code: کد Primary Diagnosis: شخص نهایی:

Final Diagnosis شخص نهایی:

External Cause: علت خارجی:

Operation & Medical Procedures: اعمال جراحی و اقدامات پزشکی:

Discharge Without Physician's Order ترخصی با میل شخصی Recovered بیرونی Some Improvement بیرونی Condition on Discharge Etc.: غیره Follow up فوت نموده Expired بیکاری

توصیه های پس از ترخصی: مراجعت به درمانگاه / پزشک هفت دیگر سایر موارد: تاریخ:

Others : Recommendation on Discharge

Transfer: Date: Time: To Ward: To Hospital: تاریخ:

Cause of Death: علت فوت: Yes بله No شیر

Autopsy: اتوبوس شده: Date: Time: Death طوف: اموری درمانی شهید مدنی

Nurse's Name & Signature: نام و امضاء پرسنال مسئول: Oncall Physician's Name & Signature: نام و امضاء پزشک متخصص: Emergency Physician's Name & Signature: نام و امضاء پزشک اورژانس: Admin. Officer's Name & Signature: حسن قاسمی

				وضعیت بیمار:							
بیو ش	نیمه بیو شار	بیو شار	Patient's Condition								
Unconscious	Semiconscious	Conscious	گوینده، شرح حال:								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علت مراجعة: (شکایت اصلی) شرح حال:								
Described by:											
Chief Complaint:											
History:											
<p>پسرخواهی در سرمه دلیل دارد از تئاتر نمایش ویژه ای باشد درین این اتفاق مبتدا شد با خود پسوند</p>											
<p>Ar + Puls O + O₂</p>											
حساسیت به: عکس - عکس											
Allergy to:											
کنترل علامت های اولیه											
Vital Signs Control											
Output مقدار	دفع از طبق By	Intake مقدار	جذب از طبق By	علامه عصبی Neurologic signs	رفلکس مردمک Pupil reflex	فشارخون B.P.	تنفس Resp.	نبض Pulse	درجة حرارت Temp.	ساعت Time	تاریخ Date
						120	18	78	36.5	01:16	۱۶.۰۹
						60					N
						122	18	80	36.8	KL ۵	
						111.67	18	72	36.9	KL ۳	
						61	16	76	36.8	KL ۲	
						115	16	78	36	00:30	
						1	16	78	36	00:30	
						122	18	32	37	1:30	
						12	16	74	36	2:30	
						8	2	71	3	3:30	
						115	2	71	37	4:30	
						7	16	74	37	5:30	
						1.4	16	52	37	6:30	
						0.9					
Nurse's Observation:											
Nurse's Name & Signature:											

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

Unit No: شماره پرونده: W69-8V



NURSE'S NOTE SHEET

تکمیلی مقاله: [کوچک](#)

رگ/گزارش پرستار

للماء انتبه على

برگ گزارش پرستار

NURSE'S NOTE SHEET

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

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

مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

۱۷

شماره ۲ و نیمی

Unit No:



NURSE'S NOTE SHEET

بلطفه الله تعالى وحده لا شريك له رب العالمين
الحمد لله رب العالمين رب العالمين رب العالمين

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی



برگ دستورات پزشک
PHYSICIAN'S ORDER SHEET

Unit No:

شماره پرونده:

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:
		Bed:	تخت:			نام پدر:
امضاء پرستار Signature of Nurses	امضاء پزشک Signature of Physician	دستورات Orders			ساعت Time	تاریخ Date
<p><i>Dr. [Signature]</i> - <i>frs</i> ١٤٠٦٩ <i>MS</i> - <i>21:00</i> <i>POMT CM US 920</i> - <i>Oriental Infra Co.</i> <i>spcl. Bn (2 days)</i> - <i>PAS</i> - <i>ab cdh Bn in P7 Imm ٢٣</i> <i>Apotely Inc</i> <i>Order by Dr. [Signature]</i> <i>Medicines ١٤٠٦٩ FAS</i> / ١٤٠٦٩ <i>NSAIC. & FAS</i> / ٣٠ </p>						

وزارت بهداشت، هیمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی



کد تریاژ: 393253174

کد تریاژ:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی بیمارستان شهید مدنی

سطح تریاژ بیمار
Patient Triage level

فرم تریاژ بخش اورژانس بیمارستان

Record No:

شماره پرونده:

HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE FORM

Date of Arrival: ۱۴۰۰/۰۵/۰۹	Sex: <input checked="" type="checkbox"/> جنس: <input type="checkbox"/> مونت	Name: <input checked="" type="checkbox"/> ابوالفضل Family Name: حاج اسفندیاری	نام خانوادگی:
Time of Arrival: ۲۱:۰۶	<input type="checkbox"/> ساعت مراجعت: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> مذکور	Date of Birth: ۱۳۸۷/۰۱/۰۱ National Code: ۳۹۳۲۵۳۱۷۴	کد ملی:
Pregnant: No <input checked="" type="checkbox"/> غیر <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> باردار:		نحوه مراجعه:	

Arrival Mode:

Other <input type="checkbox"/> سایر	Air Ambulance <input type="checkbox"/>	By Her Own <input type="checkbox"/> امداد هوایی	Transferred <input type="checkbox"/> شخصی	آمبولانس مرکز درمانی <input type="checkbox"/>	Private Ambulance <input type="checkbox"/>	EMS <input type="checkbox"/>
مراجعةه بیمار در ۲۴ ساعت گذشته به اورژانس:						
Patient Presence in ED in 24 Past Hours: <input checked="" type="checkbox"/> غیر <input type="checkbox"/> بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/> همین بیمارستان						

Chief Complaint:

شکایت اصلی: اختلال حركتی.
شکایت بهمار: نرما ب سر
سابقه حساسیت دارویی و غذایی:

بیماران سطح ۱ (شرط تهدید کننده حیات)

(Alert (A) <input type="checkbox"/> هوشیار	(Verbal (V) <input type="checkbox"/> پاسخ کلامی	(Pain (P) <input type="checkbox"/> پاسخ به درد	Unresponsive <input type="checkbox"/> بدون پاسخ	بدون هوشیاری بیمار (AVPU):
<input type="checkbox"/> اشاع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد: SpO2<90	<input type="checkbox"/> علام شوک: Sign of Shock	<input type="checkbox"/> سیانوز: Cyanosis	<input type="checkbox"/> دیسترس تنفس: Respiratory Distress	مخاطره راه هوایی: Airway Disorder

بیماران سطح ۲

0 درد: Pain	<input type="checkbox"/> دیسترس شدید: Severe Distress	<input type="checkbox"/> لارزی و خواب آسودگی: Lethargy & Drowsy	<input type="checkbox"/> شرایط پرخطر: High Risk Condition
-------------	---	---	---

بیماران سطح ۳

Number of Required Resources in Emergency	Two & More <input checked="" type="checkbox"/>	دو مورد و پیشتر <input type="checkbox"/>	تمدداد تجهیلات مورد نیاز در اورژانس:		
ital sign:		BS: 0	گلر کومتری: علاطم حاتی:		
SpO2%: 98	T 0C: 36.5	RR/min: 18	PR/min: 78	BP mmH2O: 100/60	تعداد ضربان: تعداد خون:
ثبت علائم حیاتی برای بیماران سطح ۲ با تشخیص پرستار تریاژ و به شرط عدم تأخیر در رسیدگی به بیماران با شرایط پر خطر					

بیماران سطح ۴

Number of Required Resources in Emergency	None <input type="checkbox"/> هیچ	One Item <input type="checkbox"/> یک مورد	تمدداد تجهیلات مورد نیاز در اورژانس:
Patient Triage level:	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		سطح تریاژ بیمار:
No Need to Isolate	پزشکی <input type="checkbox"/> فطره ای <input type="checkbox"/> تماسی <input type="checkbox"/>	بسیار <input type="checkbox"/> در بخش عورت <input type="checkbox"/>	جداسازی بیمار و اختیارات پیشتر کنترل عورت
سایر <input type="checkbox"/>	بسیار <input type="checkbox"/> در بخش عادی <input type="checkbox"/> ارجاع به طب اورژانس <input type="checkbox"/>	بسیار <input type="checkbox"/> در بخش عادی <input type="checkbox"/> ارجاع به بزرگ متخصص <input type="checkbox"/>	ارجاع به: بزرگ دو بخش های فروخته ارجاع به بزرگ متخصص
ساعت و تاریخ ارجاع Date & Time of Referral			
Triage Nurse's Name/Signature/Stamp		علت اعزام:	

R.MOHIM-9812-1.0-E01

این صفحه فرم صرفاً قابل پرستار تریاژ تکلیف می گردد.

کد بیمار: ۱۷۵۹۰۸۷	نام بیمار: ابوالفضل حاجی استندیاری
سن: ۴۷ ساله	تاریخ درخواست: ۱۰/۵/۰
نام پدر: الله بخش	تاریخ گزارش: ۱۱/۱۱/۱۰/۵/۰
کد برگردان: کد برگردان درخواست:	اولویت مراجعه: عادی
شماره پرونده:	تاریخ مراجعه: ۱۰/۵/۰
نام پدر: الله بخش	تاریخ گزارش: ۱۱/۱۱/۱۰/۵/۰
کد بیمار: ۱۷۵۹۰۸۷	محل درخواست: سونوگرافی
نام بیمار: ابوالفضل حاجی استندیاری	پزشک معالج: داریوش شیری
تاریخ ترخیص: ۰۰/۰۰/۰۰	تاریخ مراجعه: ۱۰/۵/۰

سونوگرافی

سونوگرافی کامل شکم و لگن

کبد ابعاد و اکوی پارانشیم نرمال دارد.

طحال ابعاد بزرگ و اکوی پارانشیم نرم مال دارد.

کیسه صفراء نمای طبع دارد

مجاری صفوراوی داخل و خارج کنیدی نما و دیامت طی

کلیه راست ابعاد و اکوی پارانشیم نه مال دارد $RK=112\text{mm}$

سنگ، هیدرولنفروز در کلیه راست رویت نشد.

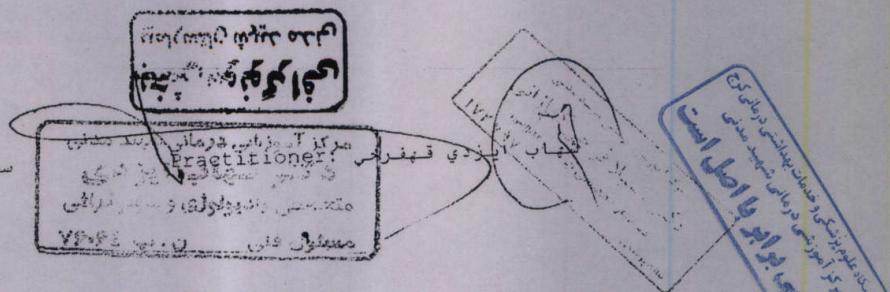
کلیه چپ ابعاد و اکوی پاراشه نر مال دارد.

سنگ . هیدر و نفر وز در کلیه حمایت شد

در شکم و لگن مابع آزاد مشاهده نشود

ضخامت جدار مثانه نر مال است.

سونے کے افغانستان



بیمارستان شهید مدنی

مکان بستری: بستری اورژانس	کد بیمار: ۱۷۵۹۰۸۷
نام پدر: علیرضا	نام بیمار: ابوالفضل حاجی استندیاری
ش.ش: شماره بیمه: ۰۰۲۱۸۵۱۵۴۲	تامین اجتماعی - درمان طبی
نوع بیمه: اجباری	بیمه گر: سریال بیمه
تاریخ بستری: ۰۰/۰۵/۰۹	نام پزشک: محمد کمانگر
محل صدور	فرزند پسر نسبت

ردیف	کد ملی خدمت	ویزیت متخصص	نام پزشک	تاریخ	تعریفه دولتی	هیات علمی
۱	۹۰۱۹۴۹	ویزیت جامع	داریوش شیری	۰۰/۰۵/۰۹	۶۱۱,۰۵۰	+
		جمع کل :			۶۱۱,۰۵۰	+

مهر مسنول فنی واحد

ردیف	کد ملی خدمت	رادیولوژی	نام پزشک	تاریخ	تعریفه دولتی	هیات علمی
۱	۷۰۰۱۴۰	قفسه صدری نمای روبرو یا نیمرخ و یا هر نمای دیگر (یک فیلم)	شهاب ایزدی قهرخی	۰۰/۰۵/۱۰	۲۲۲,۰۲۶	+
۲	۷۰۰۲۳۰	لگن خاصره هر فیلم	شهاب ایزدی قهرخی	۰۰/۰۵/۱۰	۲۲۸,۷۷۱	+
		جمع کل :			۲۸۱,۷۹۷	+

مهر مسنول فنی واحد

ردیف	کد ملی خدمت	سونوگرافی	نام پزشک	تاریخ	تعریفه دولتی	هیات علمی
۱	۷۰۱۶۲۶	سونوگرافی کامل شکم و لگن	شهاب ایزدی قهرخی	۰۰/۰۵/۱۰	۷۵۰,۴۱۵	+
		جمع کل :			۷۵۰,۴۱۵	+

مهر مسنول فنی واحد

ردیف	کد ملی خدمت	CT-Scan	نام پزشک	تاریخ	تعریفه دولتی	هیات علمی
		دانشگاه علوم پزشکی البرز	بیمارستان شهید مدنی	صفحه ۱	در آمد	تاریخ گزارش گیری: ۰۰/۰۵/۲۶

کد پیمار: ۱۷۵۹۰۸۷	نام پیمار: ابوالفضل حاجی استندیاری	تاریخ بستری: ۰۰/۰۵/۹	تاریخ ترخیص: ۰۰/۰۵/۱۲	تاریخ ترخیص: ۰۰/۰۵/۱۲
۱	۷۰۲۰۰۰	سی تی اسکن مغز بدون تزریق	۱	شهاب ایزدی قهفرخی
۲	۷۰۲۷۷۵	اسپیرال گردان بدون تزریق	۱	شهاب ایزدی قهفرخی
۳	۷۰۲۰۰۰	سی تی اسکن مغز بدون تزریق	۱	شهاب ایزدی قهفرخی
۴	۷۰۲۰۰۰	سی تی اسکن مغز بدون تزریق	۱	شهاب ایزدی قهفرخی
جمع کل : ۳,۲۲۴,۱۴۶				

میر مسٹر فنی واحد

ردیف	کد ملی خدمت	مشاوره	تعداد	نام پزشک	تاریخ	تعرفه دولتی	هایات علمی
١	٩٠١٩٤٠	ویزیت مشاوره	١	مجتبی احمدی نژاد	٢٠/٥/١٢	٧٤٧,٤٥٠	*
		جمع کل:		٧٤٧,٤٥٠			*

میر مسئول فنی واحد

ردیف	کد ملیت	آزمایشگاه	تعداد	نام پزشک	تاریخ	معرفه دولتی	هیات علمی
۱	۸۰۰۰۰۵	Sampling	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۰	۱۲,۵۳۰	
۲	۸۰۲۰۰۰	Blood-Group	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۰	۶۲,۲۷۳	
۳	۸۰۰۴۰۰	BS	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۰	۲۹,۶۲۴	
۴	۸۰۰۴۱۰	BUN	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۰	۲۶,۴۸۰	
۵	۸۰۲۰۰۰	CBC (Diff)	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۰	۵۲,۳۹۵	
۶	۸۰۰۴۲۰	Creatinine	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۰	۲۲,۲۱۴	
۷	۸۰۰۴۶۵	K	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۰	۳۷,۷۲۲	
۸	۸۰۰۴۶۰	Na	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۰	۳۷,۷۲۲	
۹	۸۰۲۲۱۰	PT	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۰	۵۹,۲۶۸	
۱۰	۸۰۲۲۲۰	PTT	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۰	۵۷,۹۰۹	
۱۱	۸۰۰۲۰۰	U/A	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۰	۲۱,۸۰۵	
۱۲	۸۰۲۰۰۰	CBC (Diff)	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۱۰	۵۴,۳۹۵	
۱۳	۸۰۰۲۰۰	U/A	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۱۰	۲۱,۸۰۵	
۱۴	۸۰۲۰۰۰	CBC (Diff)	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۱۰	۵۴,۳۹۵	
۱۵	۸۰۰۰۱۰	خونگیری وریدی مکرر	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۱۰	۲۲,۵۴۰	
۱۶	۸۰۲۰۰۰	CBC (Diff)	۱	سامانه رشیدی	۰۰/۰۹/۱۰	۵۴,۳۹۵	

صفحة ٢

تاریخ گزارش گیری: ۲۶/۵/۰۰

کد بیمار:	۱۷۵۹۰۸۷	نام بیمار:	ابوالفضل حاجی اسفندیاری	تاریخ بستری:	۰۰/۰۵/۹	تاریخ ترخیص:	۰۰/۰۵/۱۲
۱	۸۰۳۰۰۰	CBC (Diff)	سمانه رشیدی	۰۰/۰۵/۱۱	۵۴,۳۹۵	۱۷	
۱۸	۸۰۰۰۱۰	خونگیری وریدی مکرر	سمانه رشیدی	۰۰/۰۵/۱۱	۲۲,۵۴۰	۱۸	
۱۹	۸۰۳۰۰۰	CBC (Diff)	سمانه رشیدی	۰۰/۰۵/۱۲	۵۴,۳۹۵	۱۹	
	۷۹۲,۹۱۷	جمع کل :					

مهر مسئول فنی واحد

ردیف	کد ملیت خدمت	اعمال مکمل بر اقدام تشخیصی	تعداد	نام پزشک	تاریخ	تعریفه دولتی هیات علمی
۱	۹۰۱۱۲۵	پالس اکسیمتری	۱	داریوش شیری	۰۰/۰۵/۹	۱۶۶,۰۷۰
۲	۹۰۰۷۷۰	مانیتورینگ اورژانس	۱	داریوش شیری	۰۰/۰۵/۹	۶۰۸,۲۵۰
۲	۹۰۰۰۱۵	وصل سرم تا ۱ ساعت	۱	داریوش شیری	۰۰/۰۵/۹	۵۲,۳۶۰
	۸۲۸,۶۸۰	جمع کل :				

مهر مسئول فنی واحد

ردیف	کد ملیت خدمت	خدمات اورژانس	تعداد	نام پزشک	تاریخ	تعریفه دولتی هیات علمی
۱	۹۰۱۹۷۰	مراقبت بحرانی	۱	داریوش شیری	۰۰/۰۵/۱۰	۱,۰۸۷,۲۰۰
	۱,۰۸۷,۲۰۰	جمع کل :				

مهر مسئول فنی واحد

