



## بیمارستان فوق تخصصی آریا

### فرم اعزام بیماران

نوع انتقال:	<input type="checkbox"/> بین بیمارستانی	<input type="checkbox"/> بین شهری	
بیمارستان مقصد:	مترون / سوپروایزر	پذیرش دهنده: .....	
ساعت اعزام:	AM	PM	تاریخ اعزام: .....
نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر: .....	سن: .....	جنس: .....

تشخیص بیماری: .....	ویزیت تخصصی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
علت اعزام:	نیاز به CCU <input type="checkbox"/>	نیاز به ICU <input type="checkbox"/>	نیاز به PICU <input type="checkbox"/>	
عدم وجود بخش مربوطه <input type="checkbox"/>	نداشتن تخت خالی <input type="checkbox"/>	درخواست بیمار <input type="checkbox"/>	عدم حضور پزشک متخصص <input type="checkbox"/>	
مشکل مالی بیمار <input type="checkbox"/>	نداشتن پزشک متخصص <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>	کمبود تجهیزات و امکانات <input type="checkbox"/>	
نیاز به اتاق عمل <input type="checkbox"/>				
علائم حیاتی	T:	R:	P:	BP:
سطح هوشیاری (GCS): .....				
وضعیت تنفسی بیمار:				
لوله‌گذاری شده <input type="checkbox"/>	تنفس به کمک ماسک اکسیژن <input type="checkbox"/>	تنفس خودبخودی <input type="checkbox"/>		
کد بیمار: گروه ۱ (وخیم) <input type="checkbox"/>	گروه ۲ (اورژانس) <input type="checkbox"/>	گروه ۳ (فوری) <input type="checkbox"/>	گروه ۴ (غیر فوری) <input type="checkbox"/>	

نام پزشک اعزام کننده:	امضاء و مهر:
مترون / سوپروایزر مسئول:	امضاء: