



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

محل برچسب

معاونت امور درمان

فرم تریاژ اورژانس مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان

نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: تاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:

سن: جنس: مرد زن حساسیت دارویی و غذایی: وسیله شخصی امداد هوایی سایر

نحوه ارجاع: آمبولانس وسیله عمومی وسیله شخصی برانکاردر

نحوه ورود: سرپایی ویلچر

شکایت اصلی بیمار:

شرایط مخاطره حیات (سطح ۱):

سطح هوشیاری بیمار: (AVPU) Unresponsive Painful Verbal Alert

مخاطره راه هوایی: دیسترس تنفسی: سیانوز: علائم شوک:

Spo2: %.....

بیماران پر مخاطره (سطح ۲):

شرایط پرخطر: لتارژی و خواب آلودگی: درد یا دیسترس شدید:

سابقه پزشکی: سابقه دارویی:

سایر بیماران (سطح ۳ و ۴ و ۵):

تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس: ۲ و بیشتر: ۱ مورد: هیچ:

علائم حیاتی: T: RR: PR: BP:

Spo2: %.....

سطح تریاژ بیماران: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

ارجاع به: اتاق احیاء سطح ۱ سطح ۲ Fast

نام و نام خانوادگی تریاژگر:

ساعت ارجاع: