

## HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE FORM

Date of Arrival: تاریخ مراجعه:	Sex: جنس:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Time of Arrival: ساعت مراجعه:	F <input type="checkbox"/> مونث M <input type="checkbox"/> مذکر		
Pregnant: <input type="checkbox"/> نامعلوم unknown	No <input type="checkbox"/> خیر yes <input type="checkbox"/> بلی باردار:	Date of Birth: تاریخ تولد:	National Code: کد ملی:
Arrival Mode: نحوه مراجعه:			
Other <input type="checkbox"/> سایر Air Ambulance <input type="checkbox"/> امداد هوایی By Own <input type="checkbox"/> شخصی Private Ambulance <input type="checkbox"/> آمبولانس خصوصی EMS <input type="checkbox"/> ۱۱۵			
Patient Presence in ED in Past 24 Hours: <input type="checkbox"/> خیر ..... <input type="checkbox"/> بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/> همین بیمارستان: مراجعه بیمار در ۲۴ ساعت گذشته به اورژانس:			
NO Other Hospital This Hospital			

Chief Complaint :..... شکایت اصلی بیمار:.....

History of Drug and Food Allergy:..... سابقه حساسیت دارویی و غذایی:.....

Triage level 1 (Life threatening situation)..... (شرایط تهدید کننده حیات)..... بیماران سطح ۱

<input type="checkbox"/> هوشیار Alert (A)	<input type="checkbox"/> پاسخ به محرک کلامی Response to Verbal Stimulus (V)	<input type="checkbox"/> پاسخ به محرک دردناک Response to Pain Stimulus (P)	<input type="checkbox"/> بدون پاسخ Unresponsive (U)	سطح هوشیاری بیمار (سیستم AVPU):
<input type="checkbox"/> اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد: SpO <sub>2</sub> <90	<input type="checkbox"/> علائم شوک: Signs of Shock	<input type="checkbox"/> سیانوز: Cyanosis	<input type="checkbox"/> دیسترس شدید تنفسی: Sever Respiratory Distress	<input type="checkbox"/> مخاطره راه هوایی: Airway compromise

Triage level 2..... بیماران سطح ۲

درد شدید: 10 Sever Pain	<input type="checkbox"/> دیسترس شدید روان: Sever psychiatric Distress	<input type="checkbox"/> لتارژی، خواب آلودگی، اختلال جهت یابی lethargy/ confusion/ disorientation	<input type="checkbox"/> شرایط پرخطر: High Risk Conditions
Drug history	Medical history	سابقه پزشکی:	سابقه دارویی:
Vital sign: علائم حیاتی*:			
SpO <sub>2</sub> %: درصد اشباع اکسیژن:	T °C: دمای بدن:	RR/min: تنفس:	PR/min: تعداد ضربان: BP mmHg: فشار خون:

\*ثبت علائم حیاتی برای بیماران سطح ۲ با تشخیص پرستار تریاژ و به شرط عدم تاخیر در رسیدگی به بیماران با شرایط پرخطر

Triage level 3..... بیماران سطح ۳

Number of Required Resources in ED : Two & More <input type="checkbox"/> دو مورد و بیشتر	تعداد تسهیلات مورد نیاز در بخش اورژانس:
Vital sign: علائم حیاتی:	
SpO <sub>2</sub> %: درصد اشباع اکسیژن:	T °C: دمای بدن: RR/min: تنفس: PR/min: تعداد ضربان: BP mmHg: فشار خون:

Triage level 4&5..... بیماران سطح ۴ و ۵

Number of Required Resources in ED : None <input type="checkbox"/> هیچ One Item <input type="checkbox"/> یک مورد	تعداد تسهیلات مورد نیاز در بخش اورژانس:
--	---

Patient Triage level: ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/>	سطح تریاژ بیمار:			
<input type="checkbox"/> نیاز ندارد No Need to Isolation	<input type="checkbox"/> تنفسی Airborne	<input type="checkbox"/> قطره ای Droplet	<input type="checkbox"/> تماسی Contact	جداسازی بیمار و احتیاطات بیشتر کنترل عفونت Patient Isolation and More Infection Control Precautions
Refer to : Other <input type="checkbox"/> سایر.....	Inpatient Area <input type="checkbox"/> فضای بستری	CPR <input type="checkbox"/> احیا	Fast track <input type="checkbox"/> سرپایی	ارجاع به:
نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار تریاژ:.....		ساعت و تاریخ ارجاع:.....		
Triage Nurse's Name/Signature/Stamp: .....		Date & Time of Referral: .....		
Description: .....		توضیحات: .....		

شرح حال و دستورات پزشک:

Medical history & Physician Orders:

تشخیص: .....

Diagnosis: .....

تاریخ و ساعت ویزیت:

Date & Time Of Visit:

نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک:

Physician's Name/Signature/Stamp:

گزارش پرستاری:

Nursing Report:

ساعت و تاریخ گزارش:

Report Date & Time:

نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار:

Nurse's Name/Signature/Stamp:

وضعیت نهایی بیمار:

مرخص گردید.

در بخش ..... بستری گردید.

به درمانگاه ..... ارجاع شد.

به بیمارستان ..... اعزام گردید.

بیمار در تاریخ ..... و ساعت .....

اجازه معالجه و عمل جراحی (بجز ویزیت)

اینجانب ..... بیمار / ولی بیمار، ساکن ..... اجازه می دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان

..... هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب / بیمار اینجانب به مورد اجرا گذارند

و بدینوسیله برائت پزشکان 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 ..... امضا .....

نام شاهد (۲) ..... تاریخ ..... امضا .....

ترخیص با میل شخصی

اینجانب ..... با میل شخصی خود و برخلاف 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.

نام و امضای بیمار ..... نام و امضای یکی از بستگان درجه اول بیمار .....

نام شاهد (۱) ..... تاریخ ..... امضا .....

نام شاهد (۲) ..... تاریخ ..... امضا .....