

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی/درمانی:

فرم ارجاع جسد به سازمان پزشکی قانونی

Transfer of Cadaver to Legal Medicine Organization Form

ID Number

کد ملی:

Unit No:

شماره پرونده:

Death Date & Time: تاریخ فوت: ساعت فوت:	Identity: هویت: Known body <input type="checkbox"/> معلوم الهویه Unknown body <input type="checkbox"/> مجهول الهویه	Name نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Admission date & time: تاریخ پذیرش: ساعت پذیرش:	Sex: جنس: Female <input type="checkbox"/> زن Male <input type="checkbox"/> مرد:	Date of Birth: تاریخ تولد: (روز/ماه/سال)	Father's Name: نام پدر:

نام و نام خانوادگی مادر: (برای جنین و نوزاد فاقد شناسنامه) Mother's name and family name (for fetus and neonate without birth certificate)	High risk cadaver suspicious or affected with: جسد پر خطر مشکوک یا مبتلا به: Meningitis <input type="checkbox"/> مننژیت Tuberculosis <input type="checkbox"/> سل Hepatitis <input type="checkbox"/> هپاتیت AIDS <input type="checkbox"/> ایدز Other..... <input type="checkbox"/> سایر
---	--

Place of Death: مکان فوت:	OR <input type="checkbox"/> اتاق عمل Emergency <input type="checkbox"/> اورژانس Before arriving at hospital <input type="checkbox"/> قبل از ورود به بیمارستان	Other..... <input type="checkbox"/> موارد دیگر	Other wards <input type="checkbox"/> سایر بخش ها NICU <input type="checkbox"/> : CCU <input type="checkbox"/> : ICU <input type="checkbox"/> :
------------------------------	---	--	---

Life situation and awareness on admission: وضعیت حیات و هوشیاری به هنگام پذیرش:	Alert <input type="checkbox"/> هوشیار No vital signs <input type="checkbox"/> فاقد علائم حیاتی Coma <input type="checkbox"/> بیهوش Sub Coma <input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری واضح Lethargic <input type="checkbox"/> هوشیاری نسبی
--	--

Reason for referring to the medical center : علت مراجعه بیمار به مرکز:	Other ..... <input type="checkbox"/> سایر Poisoning <input type="checkbox"/> مسمومیت Crash <input type="checkbox"/> تصادف Accident <input type="checkbox"/> حادثه Quarrel <input type="checkbox"/> نزاع Disease <input type="checkbox"/> بیماری
---	--

Medical Procedures: خلاصه ای از اقدامات درمانی انجام شده:	Summary of laboratory & radiological findings: خلاصه یافته های آزمایشگاهی و تصویر برداری:	Chief complaint of the patient and summary of medical history: شکایت اصلی بیمار و خلاصه شرح حال:
--	--	---

Final diagnosis and possible cause of death : تشخیص نهایی و علت احتمالی فوت:
---

Cause of referral of the cadaver to forensic medicine center: علت ارجاع جسد به پزشکی قانونی:	Complaints from the medical staff <input type="checkbox"/> شکایت از کادر درمانی Crash <input type="checkbox"/> تصادف Accident <input type="checkbox"/> حادثه Suicide <input type="checkbox"/> خودکشی Murder <input type="checkbox"/> قتل Complaints from others <input type="checkbox"/> شکایت از سایرین Unknown cause of death <input type="checkbox"/> علت فوت نامعلوم other <input type="checkbox"/> سایر
---	---

Seal of medical center : مهر مرکز درمانی:	Attending physician's name, sign and seal: نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک تکمیل کننده:
	Date: تاریخ: