



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

معاونت درمان

مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی

تأدیرح تحمل نظام سلامت

## فرم درخواست ارجاع بیماران از مراکز درمانی جهت خدمات تصویربرداری ( فرم شماره ۴ )

بیمارستان مبدا: ..... تاریخ اعلام به ستاد: ..... ساعت ارسال فرم به ستاد PM :.....  
AM :.....

نام و نام خانوادگی بیمار: ..... نام پدر: ..... سن: ..... شماره پرونده بیمار: .....

کد ملی بیمار: ..... نوع بیمه بیمار: ..... شماره تلفن تماس با بیمار/ همراه بیمار: .....

سرویس درمانی بیمار: ..... تشخیص بیماری: .....

خدمات تصویربرداری مورد نیاز: .....

کد بیمار: گروه ۱ ( وخیم)  گروه ۲ ( اورژانس)  گروه ۳ (فوری)  گروه ۴ (غیرفوری)

نام پزشک درخواست کننده: ..... محل امضاء و مهر:

مترون / سوپروایزر مسئول شیفت: ..... محل امضاء و مهر:

" این قسمت توسط ستاد هدایت و اطلاع رسانی تکمیل خواهد شد "

کارشناس ستاد هدایت و اطلاع رسانی دانشگاه: ..... محل امضاء و مهر:

کارشناس پذیرش دهنده در مرکز تصویربرداری: .....