

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:
Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Former Record سابقه بستری شدن: دارد ندارد
None Present
دفعات بستری: دارد ندارد
NO. of Hosp :

Unit No: شماره پرونده:
برگ پذیرش و خلاصه تریخیص
ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET

ID No: شناسنامه:	Marital status: وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	Sex: جنس: M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مؤنث	Father Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Place of Work: محل کار:	Occupation: شغل:	Religion: مذهب:	Place of ID: محل صدور شناسنامه:	Place of Birth: محل تولد:	Date of Birth: تاریخ تولد:

Address & Phone Number: آدرس و تلفن:

Address & Phone: آدرس و تلفن: Accompanied By or Referred By: همراه یا معرف بیمار:

Date: تاریخ:	Admitting Physician: پزشک بستری کننده:	Waed: بخش:	Date: تاریخ:
Time: ساعت:	Discharge: ترخیص:	Time: ساعت:	Admission: پذیرش:

Insurance Code: شماره بیمه:	Insurance: نوع بیمه:	به مرکز انتظامی اطلاع داده شد. Police Center Was Informed.	اورژانس <input type="checkbox"/>	بستری <input type="checkbox"/>	سرپایی <input type="checkbox"/>	نوع پذیرش: Kind of Adm.
From Hospital: از بیمارستان:	To Hospital: به بیمارستان:	TO Ward: به بخش:	TO Ward: به بخش:	Transfer Date: تاریخ انتقال:	Emergency Hosp. O.P.D.	

Lab . & X- Rays (Results): آزمایشات و عکسبرداری (نتایج):

Code: کد: Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:

Interim Diagnosis: تشخیص حین درمان:

Final Diagnosis: تشخیص نهایی:

External Cause: علت خارجی:

Operation & Other Procedures (With Date): اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی با ذکر تاریخ:

Discharge Without Physician's Order ترخیص با میل شخصی Some Improvement بهبود نسبی Recovered بهبودی وضعیت بیمار هنگام ترخیص: فوت نموده Expired پیگیری Follow up غیره: Etc.:
توصیه‌های پس از ترخیص: مراجعه به درمانگاه / پزشک هفته دیگر. سایر موارد:

Others: Return to OPD / Physician..... Week Time. Recommendation on Discharge

Cause of Death: علت فوت:	Before 24 Hours <input type="checkbox"/> فوت: قبل از 24 ساعت	After 24 Hours <input type="checkbox"/> فوت: بعد از 24 ساعت	Date: تاریخ:	Time: ساعت:
--------------------------	--	---	--------------	-------------

Length of Stay: مدت اقامت بیمار: No. of Consultation: تعداد مشاوره: مشاوره داشته: بله خیر
Did The Patient Have Consultation?

امضاء مسئول بخش پذیرش:	امضاء پزشک معالج:	امضاء رزیدنت:	امضاء سرپرستار بخش:
Adm . Officer Signature:	Attending Physician Signature:	Resident Signature:	Head Nurse of Service Signature:

LETTER OF AUTHORIZATION

تمامی رضایت نامه ها باید دارای امضاء یا اثر انگشت مشخص بیمار باشد (در صورتی که بیمار به سن قانونی نرسیده باشد و یا دچار اختلالات ذهنی و روانی باشد باید توسط ولی یا سرپرست قانونی وی تکمیل گردد).

اجازه معالجه و عمل جراحی

اینجانب..... بیمار لولی بیمار ساکن..... اجازه می‌دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان..... هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی، و یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب/ بیمار اینجانب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله براثت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد..... انجام می‌دهند اعلام می‌دارم.

1) امضاء شاهد
2) تاریخ شاهد

اجازه قطع عضو

اینجانب..... بیمار لولی بیمار ساکن..... اجازه می‌دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان (نام عضو)..... اینجانب/ بیمار اینجانب را از ناحیه..... قطع نمایند و بدینوسیله براثت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از اقدام فوق که در مورد..... انجام می‌دهند اعلام می‌دارم.

1) امضاء شاهد
2) تاریخ شاهد

اجازه ترخیص با میل شخصی

اینجانب..... با میل شخصی خود بر خلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان..... این مرکز را ترک می‌نمایم و اعلام می‌دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می‌شود، نمی‌دانم.

امضاء بیمار امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار شاهد (در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد)
1) شاهد.....
2) تاریخ..... شاهد

اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی

اینجانب..... رضایت خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی خود/بیمار خود در امور آموزشی، تحقیقاتی، در مانی و حقوقی

توسط بیمارستان..... اعلام می‌دارم
1) شاهد.....
2) تاریخ..... امضاء بیمار یا ولی بیمار..... شاهد

فرم اجازه ارائه کپی مدارک بالینی

اینجانب..... با آگاهی کامل از محتویات پرونده پزشکی خود افراد ذیل را به عنوان نماینده قانونی جهت دریافت کپی مدارک بالینی معرفی می‌نمایم. بدیهی است که افراد معرفی شده ذیل می‌توانند با مراجعه به بیمارستان و تکمیل فرم درخواست کپی پرونده اینجانب را دریافت نمایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	مدت زمان دسترسی
1				نامحدود <input type="checkbox"/> تا مورخ:
2				نامحدود <input type="checkbox"/> تا مورخ:
3				نامحدود <input type="checkbox"/> تا مورخ:

امضاء و اثر انگشت بیمار/ولی بیمار: تاریخ و ساعت:

نام و نام خانوادگی و امضاء شاهد اول: نام و نام خانوادگی و امضاء شاهد دوم:

- این فرم در زمان ترخیص توسط بیمار بیمار تکمیل گردد.
- بیمار می‌تواند دسترسی افراد معرفی شده را برای مدت زمان خاص با تکمیل ستون آخر محدود نماید.
- تکمیل این فرم توسط بیمار اختیاری بوده و لزومی به تکمیل آن توسط کلیه بیماران نمی‌باشد.

تحویل مدارک بالینی اینجانب به هیچکس مجاز نمی‌باشد. امضاء و اثر انگشت بیمار