

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

معاونت درمان

مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی

سأدهایت و اطلاع رسانی

## فرم درخواست انتقال بیماران از مراکز درمانی ( فرم شماره ۲)

بیمارستان مبدأ: .....

نام و نام خانوادگی بیمار: ..... نام پدر: ..... سن: ..... جنس: .....

تشخیص بیماری: .....

خلاصه شرح حال بیمار:

نام و امضا پزشک اعزام کننده: ..... تخصص: ..... ساعت اخذ پذیرش: .....

تاریخ اعزام: ..... ساعت اعزام: .....

نوع وسیله نقلیه: ..... نام راننده: ..... نام کادر پزشکی همراه: .....

علائم حیاتی بیمار در زمان اعزام: T: ..... R: ..... P: ..... BP: ..... سطح هوشیاری (GCS): .....

مراقبت های درمانی ضمن انتقال: .....

بیمارستان مقصد: ..... ساعت رسیدن به مقصد: .....

علائم حیاتی بیمار در زمان رسیدن به بیمارستان مقصد:

T: ..... R: ..... P: ..... BP: ..... سطح هوشیاری (GCS): .....

نام و امضا پزشک پذیرش کننده: ..... تخصص: ..... ساعت پذیرش: .....

مشکلات بیمار در مسیر اعزام:

نام و امضا پزشک / پرستار / تکنسین اعزام: