

مشخصات اعزام

مرکز درمانی مقصد:							علت اعزام: <input type="checkbox"/> تشخیصی <input type="checkbox"/> درمانی	
تاریخ	مراجعه	تصمیم به اعزام	تماس با تیم اعزام	رسیدن تیم اعزام	خروج از مرکز	رسیدن به بیمارستان		

مشخصات عمومی بیمار

نام و نام خانوادگی:		سن:	جنس:	نام پدر:	تلفن همراه:			
آدرس:		تلفن:			تلفن همراه:			
نام و نام خانوادگی همراه بیمار:		نسبت با بیمار:			شماره تماس:			
شکایت اصلی بیمار:		تشخیص اولیه پزشک درمانگاه:					شرح حال بیمار:	
علاج جاری:	ساعت	PR	RR	T	BP-Max	BP-Min	GCS	SPO ₂
	بدو ورود	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	ثانویه	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
تحويل به بیمارستان		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

اقدامات درمانی انجام شده

داروهای تجویز شده

نام دارو	DOSE	روش تجویز	ساعت	اقدامات درمانی انجام شده			

تیم اعزام

پزشک اعزام کننده	پزشک تحويل گیرنده	تکنسین	راننده	کد آمبولانس
نام و نام خانوادگی				
مهر و امضاء				
نظر پرسنل تحويل گیرنده/تحويل دهنده در خصوص اقدامات انجام شده:				

آدرس درمانگاه:

فکس:

شماره تلفن:

Email:

دستورالعمل تکمیل فرم گزارش مراقبتهای قبل از اعزام بیمار توسط درمانگاه

همانگونه که از عنوان فرم برمی آید، هدف از طراحی و تکمیل این فرم، افزایش کمیت و کیفیت خدمات درمانی ارائه شده به بیمار؛ با گزارش دقیق آن به کادر درمانی مقصد؛ می باشد. لذا ضروری است در تکمیل فرم نکات زیر لحاظ گردد.

مشخصات اعزام

- بسته به شرایط بیمار یا درمانگاه، یک یا چند گزینه از علت‌های اعزام قابل انتخاب می باشد.
- به منظور امکان ارزیابی کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار و مسائل قانونی احتمالی متعاقب اعزام، ضروری است زمانهای اعزام (به ترتیب ۱- زمان مراجعه بیمار به درمانگاه، ۲- زمان تصمیم پزشک مبنی بر نیاز به ارجاع بیمار به سطوح بالاتر، ۳- زمان اعلام به تیم آمبولانس جهت حضور بر بالین بیمار؛ توسط کادر پرستاری درمانگاه؛ ۴- زمان حضور پرسنل آمبولانس بر بالین بیمار، ۵- زمان خروج آمبولانس از درمانگاه به مقصد مرکز درمانی و ۶- زمان رسیدن به بیمارستان) به صورت کامل و دقیق تکمیل شود.

مشخصات عمومی بیمار

- همراه بیمار؛ هر یک از نزدیکان، وابستگان، دوستان و آشنایان بیمار / مصدوم که ایشان را همراهی می کنند.
- به منظور پایش روند بیماری/درمان بیمار، ضروری است علائم حیاتی بیمار در بدو ورود به درمانگاه، زمان خروج از درمانگاه و زمان تحویل بیمار به بیمارستان به دقت ثبت گردد.

داروها و اقدامات درمانی انجام شده

کلیه اقدامات درمانی انجام شده و داروهای تجویز شده به صورت کامل، دقیق و خوانا ثبت گردد.

تیم اعزام:

منظور از تیم اعزام افراد دخیل در فرایند اعزام بیمار در مرکز درمانی مبدأ (پزشک درخواست کننده اعزام، راننده و تکنسین آمبولانس) و مقصد (پزشک پذیرش دهنده / پرستار تحویل گیرنده بیمار) می باشد.

سایر نکات قابل توجه:

۱. فرم در دو نسخه تکمیل و هر دو نسخه توسط تیم تحویل گیرنده و تحویل دهنده بیمار مهر و امضاء شود. نسخه اول در بایگانی درمانگاه و نسخه دوم تحویل کادر درمانی تحویل گیرنده بیمار می گردد. کادر درمانی تحویل گیرنده بیمار ممکن است پرسنل بیمارستان، آمبولانس خصوصی و یا EMS باشند. در صورت تحویل بیمار به آمبولانس خصوصی یا EMS، پس از مهر و امضاء هر دو نسخه توسط تحویل دهنده و تحویل گیرنده، نسخه دوم به منظور تحویل به بیمارستان مقصد، تحویل پرسنل آمبولانس داده می شود. پرسنل آمبولانس در قسمت توضیحات فرم اعزام خود (فرم PCR)، قید می نمایند: «فرم گزارش مراقبتهای قبل از اعزام بیمار توسط درمانگاه، به بیمارستان تحویل داده شد».
۲. درج زمانها به صورت کامل و دقیق ضروری می باشد.
۳. هرگونه مشکل، قصور، انتقاد از اقدامات درمانی انجام شده توسط درمانگاه؛ در پائین صفحه قسمت مربوطه در هر دو نسخه توضیح داده شود.
۴. اطلاعات مربوط به هر قسمت به صورت خوانا دقیق در مقابل آن و به نحوی که قسمتهای دیگر را نپوشاند نوشته شود.

آدرس درمانگاه:

فکس:

شماره تلفن:

Email: