



رکادوسن و تحقیقات علمی و پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان

مرکز آموزشی درمانی امام موسی کاظم (ع)

فرم ثبت اطلاعات بیمار (بیماران غیر سوختگی) جهت بررسی استاندارد IHR اخذ پذیرش از بیمارستان امام موسی کاظم (ع)

کد: Sav-Fo-NM-111

مشخصات فردی بیمار و خلاصه شرح حال	نام و نام خانوادگی: علت درخواست پذیرش: نام شهر، کشور و بیمارستان مبدأ: تاریخ و ساعت درخواست پذیرش از بیمارستان امام موسی کاظم (ع): شرح حال، سابقه بیماری ها، سابقه مصرف دارو و تاریخچه واکسیناسیون:	سن: تشخیص اولیه:
	آیا بیمار سابقه انجام عمل جراحی دارد؟: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله توضیحات: آیا بیمار آلرژی دارویی و غذایی دارد؟: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله نام دارو: نام غذا:	
بررسی مستندات مورد نیاز	آزمایشات انجام شده شامل: (پیوست شود) CBC PT/PTT INR سایر آزمایشات: آیا از بیمار نوار قلب گرفته شده است؟: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله توضیحات: مشاوره های تخصصی انجام شده است؟: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله توضیحات:	
	بیمار علائم و نشانه های ابتلا به بیماری های عفونی نظیر تب و لرز، سرفه و تنگی نفس، تهوع و استفراغ، آبریزش بینی، سردرد شدید، گلو درد و بدن درد دارد؟ نکات مهم در رابطه با بررسی سیستم های بدن و ارزیابی وضعیت بالینی بیمار:	
مرور وضعیت فعلی بیمار		

راهنما: لطفا پس از تکمیل فرم به شماره ی ۰۹۱۳۰۸۷۰۷۰۰ در ایتا یا واتساپ ارسال نمایید.

نام پزشک درخواست کننده