



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان

مرکز آموزشی درمانی امام موسی کاظم (ع)

فرم ثبت اطلاعات بیمار جهت بررسی استاندارد های IHR و اخذ پذیرش از بیمارستان سوانح سوختگی اصفهان

کد: Sav-Fo-NM-110

رکودین مقیم ۱۳۹۲

مشخصات فردی بیمار و خلاصه شرح حال

نام و نام خانوادگی:

علت اعزام:

تاریخ و ساعت حادثه سوختگی:

نام شهر، کشور و بیمارستان مبدأ:

تاریخ و ساعت درخواست پذیرش از بیمارستان سوانح سوختگی اصفهان:

شرح حال و سابقه بیماری ها و سابقه واکسیناسیون:

تعیین نوع سوختگی: حرارتی شیمیایی برق گرفتگی انفجار گاز سایر توضیحات:

نواحی سوختگی با درصد و درجه

درجه	درصد	نواحی دچار سوختگی	درجه	درصد	نواحی دچار سوختگی
		گردن			دست ها
		بالاتنه (جلو)			پاها
		بالاتنه (پشت)			سر
		پرینه و ژنیتال			صورت

بررسی اتصالات بیمار

تعداد IV Line :

IV Line

CV Line

سوند فولی

سوند معده

لوله تراشه

ایروی

چست تیوپ:

یک طرفه:

دو طرفه

آتل / تراکشن دارد؟ خیر بله کدام قسمت:

سایر اتصالات:

بررسی معاطرات

۱- بیمار نشانه های دیسترس تنفسی (دیس پنه/ تاکی پنه/ افت o_2sat کمتر از ۹۴٪ را دارد. خیر بله با اکسیژن درمانی افت o_2sat جبران می شود توضیحات:

۲- بیمار علائم و نشانه های شوک هایپولمی را دارد شامل ضعف/ بی حالی/ افت فشارخون/ کاهش برون ده ادراری/ افت o_2sat و ... خیر بله توضیحات:

۳- بیمار سوختگی عمیق و دورتا دور در اندام/ گردن و تنه دارد؟ خیر بله توضیحات:

۴- بیمار غیر از سوختگی ترومای دیگری دارد؟ خیر بله توضیحات:

۵- تعیین وضعیت بارداری: مثبت ماه بارداری : منفی غیرقابل ارزیابی

۶- سوختگی در فضای بسته اتفاق افتاده: خیر بله

۷- آخرین نتایج آزمایشات به ویژه:

FBS =

HB =

PCR=

WBC=

K=

PLT =

BUN=

Na=

Cr=

PCT=

۸- *اهم اقدامات دارویی و جراحی انجام شده در مرکز مبدأ:

راهنما:

۱. بیمار با دو لاین وریدی کارآمد در صورت لزوم CV Line و همچنین در بیمار با سوختگی ۳۰ درصد به بالا / سوند فولی / سوند معده/ بر اساس درصد سوختگی دستور پزشک و نیاز بالینی بیمار همراه با مستندات شامل کارت ملی / خلاصه پرونده/ فرم تکمیل شده اعزام با همراهی تیم اعزام و پس از پایان ۲۴ ساعت اول به این مرکز ارجاع داده شود.

۲. لطفا پس از تکمیل فرم به شماره ی ۰۹۱۳۰۸۷۰۷۰۰ در ای تا یا واتساپ ارسال نمایید.

نام و سمت فرد پذیرش گیرنده: