



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان
مرکز اخذ پذیرش از بیمارستان امام موسی کاظم (ع)
فرم ثبت اطلاعات بیمار (بیماران غیر سوختگی) جهت بررسی استاندارد IHR
کد: Sav-Fo-NM-111

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:	نام و سن: تشخیص اولیه:	مشخصات فردی بیمار و خلاصه شرح حال
آیا بیمار سابقه انجام عمل جراحی دارد؟: ☐ خیر ☐ بله توضیحات:	آیا بیمار آلرژی دارویی و غذایی دارد؟: ☐ خیر ☐ بله نام دارو: نام غذا:	
آزمایشات انجام شده شامل: (پیوست شود) CBC PT/PTT INR سایر آزمایشات: آیا از بیمار نوار قلب گرفته شده است؟: ☐ خیر ☐ بله توضیحات: مشاوره های تخصصی انجام شده است؟: ☐ خیر ☐ بله توضیحات:	بررسی مستندات مورد نیاز	
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:	مروزر وضعیت فعلی بیمار	
لطفا پس از تکمیل فرم به شماره ی ۰۹۱۳۰۸۷۰۷۰۰ در ای تا یا واتساپ ارسال نمایید.		
راهنما:		

نام پزشک پذیرش دهنده:

نام فرد درخواست کننده پذیرش: