



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

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 ☐

نتایج آخرین پایش علائم حیاتی: GCS:

برق گرفتگی ☐

O2Sat:

انفجار گاز ☐

BP:

سایر ☐ توضیحات:

T:

RR:

PR:

نواحی سوختگی با درصد و درجه

درصد	درجه	نواحی دچار سوختگی	درصد	درجه	نواحی دچار سوختگی
		گردن			اندام های فوقانی ☐ راست ☐ چپ ☐ هر دو
		قدام تنه			اندام های تحتانی ☐ راست ☐ چپ ☐ هر دو
		خلف تنه			سر
		پرینه و ژنیتال			صورت

تعیین اتصالات بیمار

تعداد IV Line :

IV Line ☐

CV Line ☐

چست تیوپ: ☐ یک طرفه:

ایروی ☐

لوله تراشه ☐

سوند معده ☐

سوند فولی ☐

☐ دو طرفه

آتل / تراکشن دارد؟ خیر ☐ بله ☐ کدام قسمت:

سایر اتصالات:

بررسی مخاطرات

۱- بیمار نشانه های دیسترس تنفسی (دیس پنه/ تاکی پنه/ افت o2sat کمتر از ۹۴٪ را دارد. خیر ☐ بله ☐

با اکسیژن درمانی افت o2sat 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 o2sat 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- اقدامات دارویی و جراحی انجام شده در مرکز مبدأ:

راهنما:

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

نام پزشک پذیرش دهنده:

نام و سمت فرد پذیرش گیرنده: