

**فرم ارجاع بیمار به مرکز خدمات پرستاری در منزل**

شماره پرونده:		تاریخ تکمیل فرم:	
نام و نام خانوادگی بیمار:		نام پدر:	
جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>		سن:	
کد ملی:		نوع بیمه:	
آدرس و تلفن:			
نام و نام خانوادگی مسئول بیمار:		آدرس و تلفن:	
نسبت با بیمار:		بخش بستری:	
پزشک معالج در بیمارستان:		تشخیص اولیه:	
تشخیص نهایی:		تشخیص اولیه:	
تاریخ ترخیص از بیمارستان:		تاریخ ترخیص از بیمارستان:	
وضعیت بیمار هنگام ترخیص: بهبودی <input type="checkbox"/> بهبودی نسبی <input type="checkbox"/> ترخیص با میل شخصی <input type="checkbox"/> ادامه درمان در منزل <input type="checkbox"/>			
ارزیابی بیمار هنگام ترخیص:			
<input type="checkbox"/> NGT <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> IVLINE <input type="checkbox"/> CVP line <input type="checkbox"/> Sore			
<input type="checkbox"/> درن <input type="checkbox"/> تراکتوستومی <input type="checkbox"/> اکسیژن تراپی <input type="checkbox"/> کلستومی <input type="checkbox"/> ساکشن <input type="checkbox"/> داروی تزریقی			
حرکت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> هوشیاری: کامل <input type="checkbox"/> نسبی <input type="checkbox"/> عدم هوشیاری <input type="checkbox"/>			
نیروی پرستاری مورد نیاز: پرستار خانم <input type="checkbox"/> بهیار خانم <input type="checkbox"/> کمک بهیار خانم <input type="checkbox"/> مراقب خانم <input type="checkbox"/>			
پرستار آقا <input type="checkbox"/> بهیار آقا <input type="checkbox"/> کمک بهیار آقا <input type="checkbox"/> مراقب آقا <input type="checkbox"/>			
نیاز به تجهیزات پزشکی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			
نیاز به آمبولانس <input type="checkbox"/> تیپ A <input type="checkbox"/> تیپ B <input type="checkbox"/>			
تاریخ شروع خدمات پرستاری در منزل: .....		ساعت شروع خدمات پرستاری در منزل: .....	
اینجانب ..... مسئول مددجو ..... عدم تمایل خود را از دریافت خدمات پرستاری در منزل اعلام می نمایم.			

نام و نام خانوادگی و امضاء ارزیاب کننده :

امضاء مسئول مددجو

امضاء و مهر مرکز مشاوره و پرستاری در منزل :