درمان در منزل همراز
HAMRAZ
HOSPITAL & Home care

فرم کنترل وضعیت و پیشگیری یا درمان زخم بستر

شماره پرونده :	نام خانوادگی:	نام:
نام پدر:	تاریخ تولد:	تاریخ پذیرش:

زخم بستر دارد بلی ☐ خیر ☐

در صورت وجود زخم بستر در هنگام پذیرش وضعیت زخم بطور کامل توضیح داده شود:

تاریخ	ساعت	وضعیت زخم بستر	پوزیشن مددجو				پرستار
			راست	چپ	FLAT	روی شکم	

امضاء مسئول بالینی مرکز :

درمان در منزل همراز

HAMRAZ
HOSPITAL & Home care

فرم کنترل وضعیت و پیشگیری یا درمان زخم بستر

تاریخ	ساعت	وضعیت زخم بستر	پوزیشن مددجو				پرستار
			پهلوی راست	پهلوی چپ	FLAT	روی شکم	

امضاء مسئول بالینی مرکز :

۰۱/۰۳/ ف / د ا خ پ