

فرم فوریت های روان پرستاری

مشخصات مددجو			
نام خانوادگی :	نام پدر:	جنس:	تاریخ تولد:
نام :	نام خانوادگی :	نام پدر:	کد ملی:
شماره پرونده:	آدرس و تلفن :		
نام و نام خانوادگی معرف:	نوع وابستگی:	تاریخ تولد:	کد ملی:
گروه فوریت روانپزشکی: ۱-	۲-	۳-	۴-
رضایت نامه مداخله درمانی و پرستاری			
اینجانب.....ولی بیمار.....ساکن.....اجازه می دهم پزشک و گروه فوریت های روان پرستاری مرکز مشاوره و خدمات پرستاری.....هرنوع معالجه و اقدامات درمانی و پرستاری لازم برای کنترل روحی و روانی و فیزیکی بیمارم خانم/ آقای را انجام دهند. امضاء و اثر انگشت:			
هوشیار:	نیمه هوشیار:	بیهوش:	BP : T : HR : RR : GCS :
شرح حال و دستورات پزشک			
تشخیص:	اقدامات دارویی:	تحت نظر در منزل:	ارجاع جهت بستری:
			مهر و امضاء پزشک
مداخلات و گزارش پرستاری			
مهر و امضاء پرستار مسول			
انتقال: به.....	تاریخ:.....	ساعت:.....	مسول پذیرش بیمارستان یا مسول مدجو:
مبلغ:..... ریال بابت هزینه کنترل و مراقبت بیمار و مبلغ ریال بابت وسایل و داروهای مصرفی دریافت شد.			
ملاحظات و موارد خاص:			
امضاء و مهر گروه فوریت	مدیر مرکز مشاوره و خدمات پرستاری	امضاء و مهر گروه فوریت	