

فرم کنترل علائم حیاتی

نام:		نام خانوادگی:					شماره پرونده:				
تاریخ پذیرش:		تاریخ تولد:					نام پدر:				
امضاء	استفراغ	دیفیکیشن	دیورز	گواژ	پوزیشن	فشارخون	تنفس	نبض	حرارت	ساعت	تاریخ
										۹	
										۱۲	
										۱۵	
										۱۸	
										جمع ۱۲ساعت	
										۲۱	
										۲۴	
										۳	
										۶	
										جمع ۱۲ساعت	
										جمع ۲۴ساعت	