

کد پذیرش	نام و نام خانوادگی	سن	جنس	بخش	تاریخ درخواست	ساعت درخواست	کد برگه HIS در
			☐ مرد ☐ زن				
شرح حال بیمار: ● هوشیاری ☐ بله ☐ خیر ● بارداری ☐ بله ☐ خیر ● وزن کیلو گرم							
غلط درخواست: ● Cr: mg/dl ● حساسیت به ماده حاجب یددار ☐ بله ☐ خیر ● بیمار دیالیزی ☐ بله ☐ خیر ● آیا بیمار تحت درمان یا مت فورمین می باشد؟ ● آیا جهت بیمار در ۲۴ ساعت گذشته سی تی اسکن با تزریق انجام شده است؟ ● سابقه حساسیت به سایر داروها							
تذکر و ملاحظات ویژه: ● باتری قلبی یا جسم فلزی در بدن ☐ بله ☐ خیر ● Claustrophobia ☐ بله ☐ خیر ● ☐ بله ☐ خیر							
نوع درخواست تصویربرداری: ☐ سونوگرافی ☐ ام آر آی ☐ رادیوگرافی ☐ سی تی اسکن ☐ ماموگرافی ☐ آنژیوگرافی							
عنوان کامل درخواست:							
مهر و امضاء پزشک درخواست کننده:							
نام مسئول پذیرش: ساعت و تاریخ پذیرش در بخش رادیولوژی: نام کارشناس: ملاحظات کارشناس رادیولوژی: نام رادیولوژیست: تاریخ و ساعت انجام گزارش: تاریخ و ساعت تایپ گزارش در سیستم HIS: تاریخ نهایی شدن برگه گزارش:							

این فرمست در بخش رادیولوژی تکمیل شود

PS-TB-01

به نام خدا

انتقال پیکر متوفی با کد پذیرش از بخش
..... به سردخانه بلامانع است.

تاریخ:

نام پدر:

شماره تماس:

آدرس:

مهر و امضا پزشک

"فرم بستری بیماران"

مسئول محترم پذیرش:

نام پدر:		لطفاً بیمار آقای / خانم:	
با تشخیص بیماری:		با کد پذیرش:	
الکتیو ☐	اورژانس ☐	در بخش:	
بستری فرمائید.			

مهر و امضاء پزشک معالج:
 مهر و امضاء استاد بخش:
 تاریخ:

لیست تجهیزات مصرفی بیمار در اتاق عمل

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده: بخش: تاریخ:

نام تجهیزات	تعداد	نام تجهیزات	تعداد	نام تجهیزات	تعداد
آنژیوکت		سوزن اسپاینال		پلین چهار صفر	
سه راه آنژیوکت		سوزن اپیدورال		پی وی دی اف	
صفر بند		ست خون		سیلک صفر	
اسکالپ وین		ست لاواژ		سیلک یک	
اکستشن تیوپ		ست سیستوستومی		سیلک دو	
ایروی		ست نفروستومی		سیلک دو صفر	
بگ ادرار		سر جی سل		سیلک سه صفر	
بن وکس		سوند معده		سیلک چهار صفر	
تراکستومی		سوند فولی دو راه		سیلک صفر تای	
تی تیوپ		سوند فولی سه راه		سیلک یک تای	
تیغ جراحی		سوند نلاتون		سیلک دو صفر تای	
چسب ضد حساسیت		سی وی پی		سیلک سه صفر تای	
چسب لکو پلاست		فوکارتی		گرومیک صفر	
چسب باتل		فیدینگ تیوپ		گرومیک یک	
چسب تیوپ		کاتتر اپیدورال		گرومیک دو	
چسب لید		کتان تیپ		گرومیک دو صفر	
دستکش جراحی		گتدان تیوپ		گرومیک سه صفر	
دستکش غیر استریل		لوله تراشه یکبار مصرف		گرومیک چهار صفر	
دستکش یکبار مصرف		لوله تراشه دائم		نایلون صفر	
درن پت زر		میکروست		نایلون یک	
درن پن رز		هموواک		نایلون دو صفر	
درن لوله ای		نخ های جراحی		نایلون سه صفر	
درن کاروکیٹ		پرولن دو صفر		نایلون چهار صفر	
ساکشن تیوپ		پرولن سه صفر		نایلون پنج صفر	
سرنگ دو		پرولن چهار صفر		نایلون شش صفر	
سرنگ پنج		پرولن پنج صفر		ویکریل صفر	
سرنگ ده		پرولن شش صفر		ویکریل یک	
سرنگ بیست		پرولن هفت صفر		ویکریل دو صفر	
سرنگ پنجاه		پلین صفر		ویکریل سه صفر	
سرنگ انسولین		پلین یک		ویکریل چهار صفر	
سرنگ گاواژ		پلین دو صفر			
سر سوزن		پلین سه صفر			

مهر و امضاء مسئول اتاق عمل:

مهر و امضاء پزشک جراح:

مهر و امضاء پزشک بیهوشی:

بانک خون

تاریخ: _____
شماره پرونده: _____
تعداد: _____ واحد: _____ بیمار: _____ خون: _____ فرآورده خونی: _____
بستری در بخش: _____

- ☐ مورد احتیاج است تحویل شود.
☐ مورد احتیاج است تا تاریخ: _____ نگهداری شود.
☐ مورد احتیاج نیست مصرف شود.

نام و امضای پرستار بخش: _____

توجه: خواهشمند است چنانچه خون مورد احتیاج نیست هر چه زودتر به بانک خون برگشت شود.

بانک خون

تاریخ: _____
شماره پرونده: _____
تعداد: _____ واحد: _____ بیمار: _____ خون: _____ فرآورده خونی: _____
بستری در بخش: _____

- ☐ مورد احتیاج است تحویل شود.
☐ مورد احتیاج است تا تاریخ: _____ نگهداری شود.
☐ مورد احتیاج نیست مصرف شود.

نام و امضای پرستار بخش: _____

توجه: خواهشمند است چنانچه خون مورد احتیاج نیست هر چه زودتر به بانک خون برگشت شود.

بانک خون

تاریخ: _____
شماره پرونده: _____
تعداد: _____ واحد: _____ بیمار: _____ خون: _____ فرآورده خونی: _____
بستری در بخش: _____

- ☐ مورد احتیاج است تحویل شود.
☐ مورد احتیاج است تا تاریخ: _____ نگهداری شود.
☐ مورد احتیاج نیست مصرف شود.

نام و امضای پرستار بخش: _____

توجه: خواهشمند است چنانچه خون مورد احتیاج نیست هر چه زودتر به بانک خون برگشت شود.

لیست تجهیزات بیمار با تعرفه آزاد

نام و نام خانوادگی بیمار:

کد پذیرش:

تاریخ:

تعداد	نام تجهیزات	تعداد	نام تجهیزات	تعداد	نام تجهیزات
	ماسک لارنژیال ۲ - ۳ - ۴		دایل لومن راست ۲۵-۳۷		آلوگرافت (20cc - 10 cc)
	مش پرولین ۶/۱۱		دام ترنستیوسر (دام آرتولاین)		آلوگرافت 5-1-10
	مش پرولین ۱۵/۱۵		دایل لومن چپ ۲۲-۲۵-۳۷		استایلر پوستی
	مش پرولین ۷/۱۵		دستکش ارتوپدی ۷ - ۷/۵ - ۸		اره ژینگلی
	مش پرولین ۱۵/۱۵		دستکش آنتی وپروس ۷ - ۷/۵ - ۸		استاگنت ۱۰ سانت - ۸ سانت
	مش پرولین ۳۰/۳۰		ژل الکترو		استیلر حلقوی ۲۵-۳۳
	نخ انی باند ۳ صفر راند سوزن ۴۰		ژلفوم		استیلر خطی برشی ۱۰ سانت
	نخ پی دی اس ۲ صفر راند سوزن ۲۵		ست ونتیلاتور با بگ		استیلر خطی برشی کانتر ۱۰ سانت
	نخ پی دی اس ۳ صفر راند سوزن ۲۵		سر جی فیکس بزرگ		استیل وایر ۱ تا پرکت 40mm
	نخ پی دی اس ۵ صفر		سر ساکشن		استیل وایر ۵
	نخ مونوکریل صفر راند سوزن ۴۰		سوند نازال		استیل وایر ۵ رزکت 55mm
	نخ مونوکریل ۲ صفر راند سوزن ۳۰		LF150 سرنگ انژکتور		استیل وایر ۵ رزکت 48mm
	نخ مونوکریل ۳ صفر راند سوزن ۲۵		شان لمینیت		اندو کاتر خطی 60mm 3-4.5 لاپاراسکوپی
	نخ مونوکریل ۴ صفر راند سوزن ۲۰		فلکسی تیوپ		اندو کاتر خطی برشی 60mm
	لوله تراشه تراکتوستومی ۷/۵ - ۸		قلم کوتر		اندو کاتر خطی 45mm
	گارو ۲۵ سانت		کنتر آرتلین		باند کشی ۱۰ - ۱۵ - ۲۰
	گارو قفلی خارجی		کارت ریج خطی برشی ۷۵-۱۰۰		برس اسکراب
	گاید وایر ۱۵ - ۳۵٪ سرکچ		کارت ریج خطی برشی ۴۵-۶۰ آبی اشلون		بگ بیهوشی ۱ - ۲ - ۳ - ۴
	گاید وایر ۲۶۰ سانت ۳۵٪		کارت ریج خطی برشی ۴۵-۶۰ سبز اشلون		بگ جراحی جنرال
	گاید ۱۵۰ - ۳۵٪		کارت ریج خطی برشی ۶۰ سفید اشلون		پلیت (کوتر)
	لوله تراشه سیگارد ۷ - ۷/۵ - ۸		کاور لنز لاپاراسکوپی		ترو کار تکی ۵
	لوله تراشه فنردار ۶ - ۶/۵ - ۷ - ۷/۵		کلاه جراح		ترو کار تکی ۱۰
	لوله تراکتوستومی ۷/۵ - ۸		کلیپس پلیمری بنفش - سبز		تروکار جدید دوتایی ۵
			کلیپس رینی یکبار مصرف		تروکار جدید دوتایی ۱۰
			گان جراح استریل		تروکار ۱۱ یونیورسال تکی
			گچ ۱۰ - ۱۵ - ۲۰		تروکار ۱۱ یونیورسال دوتایی
			ماسک اکسیژن		تیغ درماتوم
			ماسک بیهوشی ۳ - ۴ - ۵		چسب آنژیوکت
			ماسک جراح		چسب حصیری ۱۰/۱۰



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران
مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سینا



چک لیست ممیزی پرونده

شماره پرونده:		نام خانوادگی:		نام پدر:		تاریخ پذیرش:		بخش:	
نام:		منشی		کارشناس مدارک پزشکی		نام فرم		منشی	
		×	✓	×	✓	×	✓	×	✓
پذیرش و خلاصه ترخیص	اطلاعات هویتی و دمو گرافیک حین پذیرش								
	تشخیص نهایی								
	اقدامات درمانی و جراحی								
	مهر و امضاء پزشک معالج								
	نام و امضاء متصدی پذیرش								
	نام و امضاء سرپرستار بخش								
	رضایت نامه های حین پذیرش								
	وجود اصل برگ خلاصه پرونده								
	شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه								
	تشخیص نهایی								
خلاصه پرونده	اقدامات درمانی و اعمال جراحی								
	نتایج آزمایشات و اقدامات پاراکلینیک								
	سیر بیماری (در صورت فوت، علت فوت)								
	وضعیت بیمار هنگام ترخیص								
	توصیه های پس از ترخیص								
	مهر و امضاء پزشک معالج								
	تاریخ و ساعت ثبت								
	وجود اصل برگ شرح حال								
	شکایت اصلی بیمار								
	تاریخچه بیماری فعلی								
شرح حال	تاریخچه بیماری قبلی								
	داروهای در حال مصرف								
	حساسیت به								
	سوابق فامیلی								
	معاینات بدنی								
	تشخیص اولیه / افتراقی								
	مهر و امضاء پزشک معالج								
	تاریخ و ساعت ثبت								
	ثبت روزانه سیر بیماری								
	مهر و امضاء پزشک معالج								
درخواست مشاوره									

نام و امضاء کنترل کننده نواقص:
تاریخ کنترل نهایی:

نام و امضاء منشی:
تاریخ کنترل نهایی:

جدول ۲: کنترل قبل از القای بیهوشی به هر بیمار (این موارد روزانه و قبل از القای بیهوشی به هر بیمار، کنترل می شوند)

Unit Name: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Sex: جنس:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Male ☐ مرد Female ☐ زن	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:			

تاریخ و ساعت تکمیل فرم	
تجهیزات و لوازم ممنوم (راه هوایی لازنگوسکوپ آماده به کار و واحد پشتیبان، لوله تراشه های مناسب، Airway اوروفارنکس مناسب، stylet فورسپس های magli، لوازم جایگزین جهت مدیریت راه هوایی به نحو مناسب) (تخت اتاق عمل از جهت اتصال به برق، قابلیت حرکت در جهات مختلف و صحت عملکرد کنترل تخت) (داروها: داروهای معمول و داروهای مورد نیاز جهت احیاء) (محلول ها و لوازم تزریق داخل وریدی آنها) در دسترس، سالم و آماده استفاده هستند.	☐
ساکشن برای پاکسازی راه های هوایی بیمار بلافاصله در دسترس، سالم و آماده به کار است.	☐
مانیتورها و هشدار دهنده ها، موجود، سالم و آماده به کار هستند و محدوده اعلام هشدار برای دستگاه های هشدار دهنده به درستی مشخص شده است و صدای هشدار دهنده های صوتی به اندازه کافی بلند است.	☐
مخزن هوشیار استنشاقی به اندازه کافی پر شده و اطمینان حاصل شده که ورودی های پر کننده کاملاً بسته هستند.	☐
ماده جاذب دی اکسید کربن موجود دارای عملکرد مناسب است.	☐
فشار سیستم تنفسی مناسب است و نشتی ندارد.	☐
گاز در طی گردش تنفسی در هر دو مرحله دم و بازدم، به درستی جریان دارد.	☐
ونتیلاتور و تجهیزات مربوطه به درستی کار می کنند و همه چیز برای شروع بیهوشی آماده است.	☐
موارد فوق کنترل و مستند شده اند.	☐
نام و نام خانوادگی و امضای تکنسین بیهوشی:	
مهر و امضای متخصص بیهوشی:	

۱- Airway

۲- Backup

TC/FM/037/01

فرم تلفیق دارویی

کد فرم: QI-DC-26

نام بیمار:	شماره پرونده:	سن:	جنس: ☐ زن ☐ مرد
تاریخ پذیرش:	ساعت پذیرش:	نام بخش:	شماره تخت:
شرایط خاص بیمار: نارسایی کلیوی ☐ نارسایی کبدی ☐ سابقه مصرف آنتی بیوتیک در ۳ ماه اخیر ☐ سیگار ☐ مصرف الکل ☐ سوء مصرف مواد ☐ سابقه پیوند عضو ☐ سابقه کموتراپی / رادیوتراپی ☐ سابقه دریافت واکسن در ۱ ماه اخیر ☐ بارداری ☐ شیردهی ☐ کمبود G6PD ☐ * توضیحات:			
سابقه عوارض دارویی:		سابقه حساسیت دارویی و غذایی:	
مرحله تلفیق دارویی: ☐ پذیرش ☐ انتقال بین بخش ها ☐ ترخیص			

ردیف	داروهای مصرفی	شکل دارو	قدرت دارو	راه مصرف	مقدار و فواصل مصرف	زمان مصرف آخرین دوز	دستور پزشک معالج				توضیحات	موارد واجد هشدار
							عدم دستور	توقف	تغییر	ادامه		
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												
۸												
۹												
۱۰												

پیشنهادهای متخصص داروسازی بالینی در تلفیق تخصصی:

منبع جمع آوری اطلاعات: بیمار ☐ همراه بیمار ☐ نسخ سابق ☐ پرونده پزشک ☐ سایر موارد ☐ (ذکر موده)		
شماره تماس منبع اخذ شرح حال و توضیحات (در صورت لزوم)		
تاریخ و ساعت تکمیل فرم:	تاریخ و ساعت تکمیل فرم:	تاریخ و ساعت رویت فرم:
مهر و امضاء داروساز:	مهر و امضاء متخصص داروسازی بالینی:	مهر و امضاء پزشک معالج:





دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

Unit Name: شماره پرونده:

45

نام و نام خانوادگی:	شماره پرونده:	بخش:	پزشک معالج:	تاریخ ترخیص:
محدوده فعالیت: ☐ فعالیت معمولی ☐ محدودیت در انجام فعالیت‌های سنگین				
رژیم غذایی: کم نمک کم چرب: ☐ دیابتی: ☐ کم پروتئین: ☐ معمولی: ☐ مایعات: ☐ پروتئین: ☐ پرفیبر (میوه و سبزیجات): ☐				
تعویض پانسمان: نیاز ندارد: ☐ روزانه: ☐ تاریخ کشیدن بخیه ها: تاریخ کشیدن سوند فولی - استنت - نفروستومی:				

شرایط استحمام: یک روز بعد از ترخیص: ☐ روزانه: ☐ بعد از خارج کردن درن یا برداشتن پانسمان: ☐

زمان مراجعه به درمانگاه:

نوبت دهی تلفنی: تماس با شماره ۰۲۱-۲۵۰۱۵۲۹۴ یا ۰۲۱-۴۵۶۱۷۶۷۶

نوبت دهی اینترنتی: sinahospital.tums.ac.ir بعد از ورود به سامانه، پزشک یا تخصص مورد نظر را انتخاب کنید و پس از انتخاب روز، اطلاعات بیمار را وارد کنید و در انتها کد پیگیری داده شده و زمان و ساعت اعلام شده را یادداشت کنید.

نام دارو	مقدار دارو	زمان مصرف	نحوه صحیح مصرف دارو
آموزش پزشکی			"در صورتیکه برای شما آنتی بیوتیک تجویز شده است آن را سروقت و به طور کامل مصرف کنید." زمان قطع دارو را از پزشک معالج خود سوال فرمایید.
آموزش پرستاری			

نتایج معوقه تستهای پاراکلینیک: برای پیگیری جواب آزمایشات یا پاتولوژی با ارائه قبض پاتولوژی در تاریخ تعیین شده به طور سرپایی به آزمایشگاه یا پاتولوژی مراجعه نمایید. (داخلی آزمایشگاه ۱۴۲۸ و داخلی پاتولوژی ۱۴۴۰)

در صورت بروز علائم عفونت محل جراحی مثل: تب و لرز، ترشحات چرکی محل جراحی، قرمزی، ورم با شماره ۶۳۱۲۱۳۶۷ واحد کنترل عفونت تماس گرفته شود.

علائم هشدار دهنده: ادرار خونی شدید و در صورت داشتن گرفتگی سوند ادراری و درد شکم به اورژانس مراجعه کنید.

امضای بیمار یا همراه:

مهر و امضای پرستار:

مهر و امضای پزشک:



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی تهران

Tehran University of Medical Science

برگ درخواست مشاوره

CONSULTATION REQUEST SHEET



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشت - درمانی تهران

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				
Date of Request:		تاریخ درخواست:		Consultation Requested With:		درخواست مشاوره با:	
Time:		ساعت درخواست:					
Kind of Consultation:		نوع مشاوره:		Requestive Physician:		نام پزشک درخواست کننده:	
Non emergency ☐ غیر اورژانس		Emergency ☐ اورژانس					
Primary Diagnosis:				تشخیص اولیه:			
Subject of Consultation & Clinical Notes:				گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره:			
Consultant Physician's Observation & Notes:				مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها):			
Date:	تاریخ:	Consultant Physician Name & Signature:		نام پزشک مشاور و امضاء:			
Time:	ساعت:						





Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:	
Date OF Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father's Name: نام پدر:	
		Bed: تخت:			
I			V1		
II			V2		
III			V3		
aVR			V4		
aVL			V5		
aVF			V6		
Interpretation: تفسیر:		Rate: P-R	Rhythm: QRS QT	AQRS: QRS-T	Angie
Diagnosis : تشخیص:					
Cardiologist Sign : مهر و امضاء کاردیولوژیست:		Cardiologist Name: کاردیولوژیست:		Date: تاریخ:	