



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره... ۷۲۸۵/۱/۷۴۰۰...
تاریخ... ۱۳/۰۶/۱۳۹۱...
پوست دارد.....

معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..

با سلام و احترام

پیرو برگزاری کمیته کشوری تریاژ مقرر گردید:

درخصوص کلیه بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس تشکیل پرونده جهت تمامی سطوح تریاژالزامی است . در صورتی که امکان تشکیل پرونده موقت بدلیل ازدحام و شلوغی بیش از حد بخش جهت بیماران سرپایی سطوح ۴ و ۵ ممکن نمیباشد فرم جدید پیوست تریاژ که حاوی مستند مربوط به ویزیت پزشک میباشد تکمیل گردد و به مدت ۳ سال در بایگانی بخش به عنوان مستندات قانونی بیمار نگهداری شود. بدیهی است . از این پس فرم مزبور به عنوان فرم استاندارد ثبت اطلاعات بیمار در تریاژ محسوب میگردد و تغییر یا تصحیح آن فقط بصورت کشوری میسر میباشد.

دکتر غلامرضا معصومی
رئیس مرکز مدیریت حوادث
و فوریتهای پزشکی

فرم تریاژ بیمارستانی بخش اورژانس بیمارستان.....

نام و نام خانوادگی بیمار:	تاریخ مراجعه:	ساعت مراجعه:
سن:	جنس: زن <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/>	
نحوه ارجاع: <input type="radio"/> آمبولانس ۱۱۵ <input type="radio"/> وسیله شخصی <input type="radio"/> امداد هوایی <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>	مراجعه قبلی در ۲۴ ساعت گذشته: <input type="radio"/>	سابقه بستری در سه ماهه قبلی: <input type="radio"/>
شکایت اصلی بیمار:		
سابقه حساسیت دارویی و غذایی:		

شرایط تهدید کننده حیات (سطح ۱):

سطح هوشیاری بیمار:	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
P	<input type="radio"/> V
U	
مخاطره راه هوایی <input type="radio"/>	دیسترس تنفسی <input type="radio"/>
	سیانوز <input type="radio"/>
	علائم شوک <input type="radio"/>

بیماران پرخطر (سطح ۲):

شرایط پرخطر <input type="radio"/>	لتارژی و خواب آلودگی <input type="radio"/>	درد یا دیسترس شدید <input type="radio"/>
سابقه پزشکی:	سابقه دارویی:	
علائم حیاتی:		
BS گلوکومتری:	PR	T
	BP	RR
SPO _۲		

بیماران سطح ۳:

تعداد تسهیلات موردنیاز بیمار در اورژانس:	۲ مورد و بیشتر <input type="radio"/>
علائم حیاتی:	
BS گلوکومتری:	PR
	RR
	BP
	T
SPO _۲	

سایر بیماران (سطوح ۴ و ۵):

تعداد تسهیلات موردنیاز بیمار در بخش اورژانس:	۱ مورد <input type="radio"/>	هیچ <input type="radio"/>
--	------------------------------	---------------------------

ارجاع به قسمت یا بخش:
تاریخ و ساعت ارجاع بیمار:
نام و نام خانوادگی و امضای مسئول تریاژ:

نظر پزشک معالج: تعیین سطح تریاژ بیمار توسط پزشک: <input type="radio"/> سطح ۳ <input type="radio"/> سطح <input type="radio"/> سطح
تاریخ و ساعت ویزیت: