

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ پذیرش و خلاصه توجیه

ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET

Unit No: شماره پرونده:

Former Record سابقه بستری شدن:  
None ندارد Present دارد  
دفعات بستری:

ID No: ش شناسنامه:	Marital status: وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	Sex: جنس: M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مؤنث	Father Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Place of Work: محل کار:	Occupation: شغل:	Religion: مذهب:	Place of ID: محل صدور شناسنامه:	Place of Birth: محل تولد:	Date of Birth: تاریخ تولد:

Address & Phone Number: آدرس و تلفن:

Address & Phone: آدرس و تلفن: Accompanied By or Referred By: همراه یا معرف بیمار:

Date: تاریخ:	Admitting Physician: پزشک بستری کننده:	Waed: بخش:	Date: تاریخ:
Discharge Time: ساعت:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Admission Time: ساعت:

Insurance Code: شماره بیمه:	Insurance: نوع بیمه: <input type="checkbox"/>	به مرکز انتظامی ..... اطلاع داده شد. Police Center Was Informed.	اورژانس <input type="checkbox"/> Emergency	بستری <input type="checkbox"/> Hosp.	سرپایی <input type="checkbox"/> O.P.D
From Hospital: از بیمارستان:	TO Ward: به بخش:	TO Ward: به بخش:	Transfer Date: تاریخ انتقال:		

Lab . & X- Rays (Results): آزمایشات و عکسبرداری (نتایج):

Code: کد:	Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:
	Interim Diagnosis: تشخیص حین درمان:
	Final Diagnosis: تشخیص نهایی:

External Cause: علت خارجی:
Operation & Other Procedures (With Date): اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی با ذکر تاریخ:

Discharge Without Physician's Order <input type="checkbox"/> ترخیص با میل شخصی	Some Improvement <input type="checkbox"/> بهبود نسبی	Recovered <input type="checkbox"/> بهبودی
Etc.: ..	Follow up <input type="checkbox"/> پیگیری	Expired <input type="checkbox"/> فوت نموده

Condition on Discharge: توصیه‌های پس از ترخیص: مراجعه به درمانگاه / پزشک ..... هفته دیگر. سایر موارد:

Others: Return to OPD / Physician..... Week Time.	Recommendation on Discharge
---	-----------------------------

Cause of Death: علت فوت:	Before 24 Hours <input type="checkbox"/> فوت: قبل از ۲۴ ساعت	Date: تاریخ:
	After 24 Hours <input type="checkbox"/> فوت: بعد از ۲۴ ساعت	Death Time: ساعت:

Length of Stay: مدت اقامت بیمار:	No. of Consultation: تعداد مشاوره:	مشاوره داشته: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
Did The Patient Have Consultation?		

Adm . Officer Signature: امضاء مسئول بخش پذیرش:	Attending Physician Signature: امضاء پزشک معالج:	Resident Signature: امضاء رزیدنت:	Head Nurse of Service Signature: امضاء سرپرستار بخش:
---	--	-----------------------------------	--

## LETTER OF AUTHORIZATION

تمامی رضایت نامه ها باید دارای امضاء یا اثر انگشت مشخص بیمار باشد (در صورتی که بیمار به سن قانونی نرسیده باشد و یا دچار اختلالات ذهنی و روانی باشد باید توسط ولی یا سرپرست قانونی وی تکمیل گردد).

### اجازه معالجه و عمل جراحی

اینجانب بیمار/ولی بیمار ساکن.....  
اجازه می‌دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان..... هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی، و یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب/بیمار اینجانب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله برائت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد انجام می‌دهند اعلام می‌دارم.  
امضاء..... شاهد ۱)  
تاریخ..... شاهد ۲)

### اجازه قطع عضو

اینجانب بیمار/ولی بیمار ساکن.....  
اجازه می‌دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان (نام عضو)..... اینجانب/بیمار اینجانب را از ناحیه قطع نمایند و بدینوسیله برائت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از اقدام فوق که در مورد..... انجام می‌دهند اعلام می‌دارم.  
امضاء..... شاهد ۱)  
تاریخ..... شاهد ۲)

### اجازه ترخیص با میل شخصی

اینجانب..... با میل شخصی خود برخلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان.....  
این مرکز را ترک می‌نمایم و اعلام می‌دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می‌شود، نمی‌دانم.  
امضاء بیمار..... امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار..... شاهد ۱)  
(در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد)  
تاریخ..... شاهد ۲)

### اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی

اینجانب..... رضایت خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی خود/بیمار خود در امور آموزشی، تحقیقاتی، در مانی و حقوقی توسط بیمارستان..... اعلام می‌دارم ..  
تاریخ..... امضاء بیمار یا ولی بیمار ..  
.. شاهد ۱)  
.. شاهد ۲)

هزینه روزانه تخت در اتاق:	خصوصی	ریال) (ایزوله	ریال)
	(دوتخته	ریال) ICU	ریال)
	(سه تخته و بیشتر	ریال) CCU	ریال)
	(نوزادان	ریال) Post CCU	ریال)

هزینه همراه هر شب:

بهای خدمات تشخیصی درمانی مطابق تعرفه بیمارستانی می باشد.

اینجانب: بیمار/ولی بیمار دکتر: با نرخیهای ارائه شده این بیمارستان موافق بوده و متعهد می گردم حساب ترخیص خود / بیمار خود را بر این اساس پردازم.  
امضاء: تاریخ: شاهد ۱: شاهد ۲:

\*مدت زمان بستری بودن در بیمارستان، انجام رادیوگرافی ها، آزمایشها و سایر خدمات تشخیصی و درمانی شما طبق دستورات پزشک معالج می باشد.

ردیف	مبلغ سپرده	تاریخ پرداخت	شماره قبض صندوق