



فرم مستندات پرونده مراکز Home care

نام و نام خانوادگی بیمار: سن بیمار: تاریخ مراجعه:

سابقه بیماری: قلبی عصبی کلیوی تنفسی دیابت فشار خون سایر.....

علائم حیاتی : BP : PR : RR : T :

وضعیت هوشیاری:

اتصالات بیمار: سوند فولی لوله معده استومی چست تیوپ تراکئوستومی شالون سایر.....

حساسیت دارویی:.....

داروهای مصرفی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

مراقبت ارائه شده از زخم بیمار در صورت وجود زخم):

موقعیت آنا تومیک زخم : درجه زخم : وضعیت زخم (بستر زخم): سائز زخم:

*شرح زخم بر اساس برگه مدیریت زخم ثبت گردد

شرح مختصری از اقدامات انجام شده:

	نوع خدمت انجام شده
	گزارش پرستاری

نام نام خانوادگی امضاء پرستار

فرم رضایت آگاهانه (Informed consent form)

این قسمت توسط بیمار / ولی یا نماینده قانونی بیمار تکمیل گردد

اینجانب: (بیمار ولی / نماینده قانونی بیمار) فرزند:
دارای کد ملی: آگاهی لازم را از بیماری و اقدامات تشخیصی، درمانی و عوارض و عواقب آن توسط کارشناسان مرکز کسب نموده ام و با آگاهی کامل از اینکه اقدامات تشخیصی و درمانی ممکن است به نتایج و عواقب نامطلوب منتهی گردد در کمال هوشیاری و صحت و سلامت عقل و آزادی و بدون هیچگونه اکراه و اجباری، رضایت خود / عدم رضایت خود / را اعلام می دارم و کارشناسان را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض و خسارات احتمالی که ممکن است پدید آید بری الذمه نموده و هیچ ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت .

امضاء بیمار ولی / نماینده قانونی بیمار