



فرم اعزام مادر باردار

نام بیمارستان مبدا :		بخش اعزام کننده :		تاریخ و ساعت درخواست اعزام :	
ساعت تماس با ستاد هدایت :		نام پزشک اعزام کننده بیمار :		مسئول هماهنگ کننده در ستاد هدایت :	
اطلاعات مادر باردار					
نام و نام خانوادگی بیمار:		نام پدر:		سن بیمار :	
G	P	Ab	Lch	Dch	LMP
GA by Sono(1) GA by Lmp Marriage					
- نوع زایمان قبلی : - فاصله دو بارداری :					
بارداری بدنبال نازایی					
بارداری به روش IVF <input type="checkbox"/>		بارداری به روش IUI <input type="checkbox"/>		بارداری به روش میکرو اینجکشن: <input type="checkbox"/>	
سایر روش ها با توضیح :					
سوابق بیماری در بارداری قبلی یا فعلی و داروهای مصرفی (در صورت مصرف در بارداری فعلی)					
دیابت <input type="checkbox"/> فشارخون <input type="checkbox"/> آمبولی <input type="checkbox"/> پره اکلامپسی <input type="checkbox"/> اکلامپسی <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> اعتیاد <input type="checkbox"/> IUGR <input type="checkbox"/> زایمان زود رس <input type="checkbox"/>					
سابقه بستری در بیمارستان (در بارداری فعلی) سایر موارد با ذکر توضیح :					
خلاصه شرح حال و آخرین نتایج معاینات بالینی:					
BP :	PR:	T:	RR:		
TV : Dill	Eff	Stat	Pre	M	V/B
FHR	Cont				
داروهای مصرفی در حین بستری :					
تشخیص اولیه :					
نتایج اقدامات تشخیصی					
اولین سونوگرافی : (sono 1)					
آخرین سونوگرافی : (sono 2)					
نتایج آزمایشگاهی					



فرم اعزام مادر باردار

علت اعزام بیمار				
اندیکاسیون مادری اعزام بیمار :				
اندیکاسیون جنینی اعزام بیمار :				
<input type="checkbox"/> ICU	<input type="checkbox"/> CCU	<input type="checkbox"/> لیبر	<input type="checkbox"/> بخش زنان	تخت بستری مورد نیاز :
بیمارستان مقصد :				
پزشک پذیرش دهنده :				
- سوپروایزر کشیک :				
تاریخ و ساعت اخذ پذیرش :				
نتیجه اعزام بیمار:				
<input type="checkbox"/> پذیرش بیمار <input type="checkbox"/> رضایت بیمار مبنی بر عدم اعزام <input type="checkbox"/> علت عدم پذیرش <input type="checkbox"/> عدم پذیرش				
دستورات پزشک اعزام کننده در حین اعزام برای مراقبت های مامایی و پرستاری				
زمان تحویل به بیمارستان	در حین اعزام	قبل از ورود بیمار به آمبولانس		
-۱	-۱	-۱		
-۲	-۲	-۲		
-۳	-۳	-۳		
اقدامات انجام شده در حین اعزام توسط ماما یا پرستار همراه :				
توضیحات :				
- ساعت ورود آمبولانس به بیمارستان مقصد : - وضعیت بیمار هنگام پذیرش در بیمارستان مقصد : - ساعت پذیرش بیمار در بخش لیبر یا اورژانس بیمارستان:				
VB:	Cont:			
TV/Diil	Eff	Stat	Pre	FHR
VS/BP:	PR:	T:	RR:	
- نام پزشک تحویل گیرنده بیمار با درج مهر و امضا - نام پرستار تحویل گیرنده بیمار با درج مهر و امضا - نام پرستار یا ماما همراه بیمار در اعزام با درج مهر و امضا				