

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 ترخیص

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:	Sex:	جنس:	Father Name:	نام پدر:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
		Married ☐ Single ☐	متاهل ☐ مجرد ☐	M ☐ F ☐	مذکر ☐ مؤنث ☐						
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:	پذیرش Admission			
Time:	ساعت:	Discharge	☐	☐	☐	Time:	ساعت:				
Insurance Code:	شماره بیمه:	Insurance:	نوع بیمه:	به مرکز انتظامی اطلاع داده شد.			اورژانس ☐	بستری ☐	سرپایی ☐	نوع پذیرش:	
		☐		Police Center Was Informed.			Emergency	Hosp.	O.P.D	Kind of Adm.	
From Hospital :	از بیمارستان :	TO Ward:	به بخش :	TO Ward:	به بخش :	Transfer Date:	تاریخ انتقال:				
To Hospital:	به بیمارستان:										
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 ☐ ترخیص با میل شخصی ☐ Some Improvement ☐ بهبود نسبی ☐ Recovered ☐ بهبودی ☐ وضعیت بیمار هنگام ترخیص:											
Etc.: Follow up ☐ پیگیری ☐ Expired ☐ 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 ☐ فوت: قبل از ۲۴ ساعت ☐		Date:		تاریخ:		فوت: Death	
				After 24 Hours ☐ فوت: بعد از ۲۴ ساعت ☐		Time:		ساعت:		Death	
Length of Stay:		مدت اقامت بیمار:		No. of Consultation:		تعداد مشاوره:		No ☐ خیر ☐ بله ☐		Did The Patient Have Consultation?	
امضاء مسئول بخش پذیرش:		امضاء پزشک معالج:		امضاء رزیدنت:		امضاء سرپرستار بخش:					
Adm . Officer Signature:		Attending Physician Signature:		Resident Signature:		Head Nurse of Service Signature:					

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 .. شاهد ۱)
تاریخ امضاء بیمار یا ولی بیمار 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 نرخهای 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