



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان
پرونده سرپایی اورژانس

شماره پرونده:		نام خانوادگی:		نام پدر:	کد ملی:	تاریخ تولد:
تاریخ پذیرش:	ساعت پذیرش:	وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐	جنسیت: زن ☐ مرد ☐	شغل:		
همراه یا معرف بیمار:		آدرس و تلفن:				
شرح حال و معاینه فیزیکی:						
تاریخچه بیماری و سابقه خانوادگی:						
داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات:						
سابقه حساسیت:						
یافته های پاراکلینیکی:						
داروهای تجویزی و توصیه های لازم:						
تاریخ ویزیت:		ساعت ویزیت:		مهر و امضاء پزشک معالج:		
اقدامات پرستاری:						
مهر و امضاء پرستار (تاریخ و ساعت):						