

فرم تریاژ بیمارستانی

نام و نام خانوادگی بیمار :		تاریخ مراجعه :		ساعت مراجعه :	
نحوه ارجاع : آمبولانس ۱۱۵ ☐		آمبولانس خصوصی ☐		وسیله شخصی ☐	
اورژانس هوایی ☐		سایر ☐			
مراجعه ۲۴ ساعت قبل : ☐					
شکایت اصلی بیمار :					
سابقه حساسیت دارویی و غذایی :					
شرایط تهدید کننده حیات (سطح ۱) :					
سطح هوشیاری بیمار :					
U		P		V	
مخاطره را هوایی ☐		دیسترس تنفسی ☐		سیانوز ☐	
علائم شوک ☐		A		Spor < ۹۰ ☐	
بیماران پرخطر (سطح ۲) :					
شرایط پرخطر ☐		لنارژی و خواب آلودگی ☐		درد یا دیسترس شدید ☐	
سابقه پزشکی :					
سابقه دارویی :					
علائم حیاتی :					
T:		RR:		BP:	
Spo۲:		PR:		Spo۲:	
بیماران سطح ۳ :					
تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس :		۲ و بیشتر ☐			
علائم حیاتی :		T:		RR:	
BP:		PR:		Spo۲:	
سایر بیماران (سطح ۴ و ۵) :					
تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس :		امور ☐		هیچ ☐	
سطح تریاژ بیمار :		۱ ☐		۲ ☐	
۳ ☐		۴ ☐		۵ ☐	
ارجاع به :					
ساعت و تاریخ ارجاع :					
نام و امضاء مسئول تریاژ :					