

## فرم درخواست انتقال بیماران از مراکز درمانی ( فرم شماره ۲)

بیمارستان مبدا: .....

نام و نام خانوادگی بیمار: ..... نام پدر: ..... سن: ..... جنس: .....

تشخیص بیماری: .....

خلاصه شرح حال بیمار :

نام و امضا پزشک اعزام کننده: ..... تخصص: .....

تاریخ اعزام: ..... ساعت اعزام: .....

ساعت اخذ پذیرش: .....

نوع وسیله نقلیه: ..... نام راننده: ..... نام کادر پزشکی همراه: .....

علائم حیاتی بیمار در زمان اعزام: T: R: P: BP: سطح هوشیاری) GCS

مراقبت های درمانی ضمن انتقال: .....  
.....:

بیمارستان مقصد: .....

علائم حیاتی بیمار در زمان رسیدن به بیمارستان مقصد: ساعت رسیدن به مقصد

T: R: P: BP: سطح هوشیاری) GCS: .....

نام و امضا پزشک پذیرش کننده: ..... تخصص: ..... ساعت پذیرش: .....

مشکلات بیمار در مسیر اعزام:

نام و امضا پزشک / پرستار / تکنسین اعزام :