

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آ.غ.
مرکز آموزشی درمانی قلب سیدالشهداء ارومیه

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۹/۹/۱۷

کد فرم: QIPF

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۹/۱۰

نام و فامیل بیمار	بخش بستری	تاریخ و ساعت بستری	سابقه سقوط
تاریخ و ساعت سقوط	پرستار مسئول بیمار	نمره ارزیابی سقوط	وضعیت استراحت
سن بیمار	شماره پرونده	بیماری های زمینه ای	
شرح سقوط بیمار توسط پرستار مسئول:			
علائم حیاتی بعد از سقوط:			
□ □ □ □	□ □ :	□ □ :	□ □ :
آخرین علائم حیاتی گرفته شده از بیمار قبل از سقوط:			
□ :	□ □ :	□ □ :	□ □ :
بررسی صدمات وارده به بیمار توسط پرستار مسئول:			
آیا بیمار درد دارد؟	نمره درد:		
محل درد بعد از سقوط را مشخص نمایید.			
مهر و امضاء پزشک معالج	ارزیابی و ویزیت پزشک بعد از سقوط:		
لیست داروهای مصرفی:			
اقدامات انجام شده برای بیمار:			

مهر و امضاء مسئول بخش

مهر و امضاء مسئول شیفت

مهر و امضاء پرستار مسئول بیمار