فرم ارجاع مادر/ نوزاد

شماره برگه:

نام و نام خانوادگی

مادر:

نوزاد:

شماره پرونده/ کد ملی:

علت ارجاع مادر:

علت ارجاع نوزاد:

ارجاع مادر: فوری ☐ اولین فرصت ☐ غیرفوری ☐

ارجاع نوزاد: فوری ☐ اولین فرصت ☐ غیرفوری ☐

فرد ارجاع دهنده:

مبدا ارجاع:

مقصد ارجاع:

تاریخ ارجاع:

ساعت ارجاع:

دریافت پسخوراند

بلی ☐ خیر ☐ تاریخ دریافت

نیاز به پیگیری

بلی ☐ خیر ☐

نوع پیگیری:

مادر:

نوزاد:

فرم ارجاع مادر/ نوزاد

شماره برگه: | تاریخ ارجاع: | ساعت ارجاع:

از: | تاریخ پذیرش: | ساعت پذیرش:

به: | نوع ارجاع مادر: فوری ☐ در اولین فرصت ☐ غیر فوری ☐ | نوع ارجاع نوزاد: فوری ☐ در اولین فرصت ☐ غیر فوری ☐

همکار ارجمند با سلام

مادر با مشخصات زیر:

نام و نام خانوادگی: سن: تعداد بارداری: تعداد زایمان:

تعداد فرزندان زنده: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: تاریخ تقریبی زایمان/زایمان:

سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری زمینه ای: دارد ☐ ندارد ☐ نوع بیماری:

مصرف فعلی دارو: دارد ☐ ندارد ☐ نوع دارو:

سابقه عارضه در بارداری قبلی: دارد ☐ ندارد ☐ نوع عارضه:

سابقه حساسیت دارویی: دارد ☐ ندارد ☐ نوع دارو:

گروه خونی و ارهاش: A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ RH + ☐ RH - ☐

علت ارجاع:

اقدامات پیش از ارجاع:

وضعیت و اقدامات حین ارجاع:

نوزاد با مشخصات زیر:

تاریخ و ساعت تولد: سن بارداری:

نوع زایمان:

وزن بدو تولد:

درجه حرارت بدن: تعداد تنفس:

علت ارجاع:

اقدامات پیش از ارجاع:

وضعیت و اقدامات حین ارجاع:

جهت بررسی و اقدام لازم به حضور معرفی می گردد. خواهشمند است پس از بررسی، نتیجه کار و نیاز به اقدامات درمانی یا پیگیری را به این واحد اطلاع دهید.

وسیله نقلیه حین ارجاع:

نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده:

سمت:

امضاء: