

همکار گرامی، تعداد درخواست های اعزام پذیرش نشده که از زمان ثبت آن حداقل یک هفته گذشته و نتیجه عدم پذیرش آن نامشخص است 58 مورد است. شما ملزم به ثبت نتیجه موارد ثبت نشده هستید. جهت ثبت نتیجه موارد ثبت نشده "اینجا" را کلیک نمایید.

صفحه اصلی ثبت اطلاعات گزارشات نمودارها تغییر کلمه عبور پیام ها خروج

بیمارستان امام رضا (ع) (مدیر سیستم بیمارستان) سه شنبه 27 اسفند 1398

فرم موارد پنومونی بستری در بیمارستان:

* راهنما (حسب دستورالعمل کشوری کرونا ویروس جدید - آخرین نسخه/مکاتبه شماره 400/28168د تاریخ 98/11/13)

دانشگاه علوم پزشکی: <input type="text" value="دانشگاه علوم پزشکی مشهد"/>	کد اختصاصی بیمار: <input type="text" value="بصورت خودکار تکمیل میگردد"/>
نام بیمارستان مبدا: <input type="text" value="امام رضا(ع) مشهد"/>	

مشخصات کلی بیمار

* اتباع خارجی: <input type="text" value="انتخاب کنید ..."/>	* کد ملی / کد اتباع خارجی: <input type="text" value="(ثبت کد ملی الزامی است)"/>	<input type="checkbox"/> فاقد کد اتباع می باشد
* نام: <input type="text"/>	* نام خانوادگی: <input type="text"/>	
* جنسیت: <input type="text" value="انتخاب ..."/>	* نام پدر: <input type="text"/>	
* استان محل زندگی: <input type="text" value="انتخاب کنید ..."/>	* شهر محل زندگی: <input type="text"/>	
شماره تماس ضروری: <input type="text"/>	* سن: <input type="text" value="انتخاب کنید ..."/>	
شماره تلفن همراه بیمار: <input type="text"/>		

وضعیت بیمار

* تاریخ پذیرش و بستری: <input type="text"/>	* بخش بستری: <input type="text" value="انتخاب کنید ..."/>
* نحوه مراجعه به مرکز درمانی: <input type="text" value="انتخاب کنید ..."/>	* سابقه تماس با بیمار مبتلا به کرونا ویروس: <input type="text" value="انتخاب کنید ..."/>
* نمونه جهت بررسی کرونا ویروس ارسال شده است: <input type="text" value="انتخاب کنید ..."/>	* جواب تست کرونا ویروس: <input type="text" value="نمونه ارسال نشده است"/>
نام آزمایشگاه هایی که نمونه به آن ارسال شده است: <input type="text"/>	
* اینتوباسیون: <input type="text" value="انتخاب کنید ..."/>	* میزان P02: <input type="text" value="انتخاب کنید ..."/>

علامت اولیه بیمار

<input type="checkbox"/> تب	<input type="checkbox"/> سرفه	<input type="checkbox"/> درد عضلانی	<input type="checkbox"/> دیسترس تنفسی	<input type="checkbox"/> کاهش سطح هوشیاری
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	---

سابقه بیماری های زمینه ای

<input type="checkbox"/> کانسر	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن کبدی	<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن خونی
<input type="checkbox"/> HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> نقص ایمنی (اکنسابی یا مادرزادی)	<input type="checkbox"/> بارداری	<input type="checkbox"/> بیماری های قلبی
<input type="checkbox"/> اختلالات مزمن عصبی	<input type="checkbox"/> آسم	<input type="checkbox"/> سایر بیماری های مزمن ریوی بجز آسم	
<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن کلیوی	* وضعیت دیالیز: <input type="text" value="انتخاب کنید ..."/>		
<input type="checkbox"/> سایر بیماری های مزمن (نام بیماری را ذکر نمایید): <input type="text"/>			

تعیین تکلیف

* وضعیت تعیین تکلیف بیمار: <input type="text" value="بستری"/>
توضیحات: <input type="text"/>

* نام تکمیل کننده فرم: