

همکار گرامی، تعداد درخواست های اعزام پذیرش نشده که از زمان ثبت آن حداقل یک هفته گذشته و نتیجه عدم پذیرش آن نامشخص است 60 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) شنبه 20 اردیبهشت 1399

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 : دانشگاه علوم پزشکی مشهد	کد اختصاصی بیمار : بصورت خودکار تکمیل میگردد
*نام بیمارستان مبدا : امام رضا(ع) مشهد	

مشخصات کلی بیمار

* اتباع خارجی : انتخاب کنید ...	* کد ملی / کد اتباع خارجی : (ثبت کد ملی الزامی است)
* نام : نام خانوادگی	* نام پدر : نام خانوادگی
* جنسیت : انتخاب ...	* نام پدر : نام خانوادگی
* استان محل زندگی : انتخاب کنید ...	* شهر محل زندگی : شهر محل زندگی
شماره تماس ضروری :	* سن : انتخاب کنید ...
* شماره تلفن همراه بیمار :	

وضعیت بیمار

* تاریخ پذیرش و بستری :	* بخش بستری : انتخاب کنید ...
* نحوه مراجعه به مرکز درمانی : انتخاب کنید ...	* سابقه تماس با بیمار مبتلا به کرونا ویروس : انتخاب کنید ...
* نمونه جهت بررسی کرونا ویروس ارسال شده است :	* جواب تست کرونا ویروس : در حال پیگیری
* نتیجه سی تی اسکن ریه : انجام نشده است	
نام آزمایشگاه هایی که نمونه به آن ارسال شده است :	
* اینتوباسیون : انتخاب کنید ...	* میزان P02 : انتخاب کنید ...

توجه : ثبت نتیجه نمونه به محض دریافت پاسخ الزامی است

علائم اولیه بیمار

<input type="checkbox"/> تب	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> التهاب / ضایعه پوستی	<input type="checkbox"/> دل درد	<input type="checkbox"/> دل تهوع	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> سرفه	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> تهوع	<input type="checkbox"/> استقرام	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> بی اشتها
<input type="checkbox"/> درد عضلانی	<input type="checkbox"/> پاری اندامها	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> استقرام	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> بی اشتها
<input type="checkbox"/> از بین رفتن یا کاهش حس بویایی	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> تهوع	<input type="checkbox"/> استقرام	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> بی اشتها
<input type="checkbox"/> از بین رفتن یا کاهش حس چشایی	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> تهوع	<input type="checkbox"/> استقرام	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> بی اشتها
<input type="checkbox"/> کاهش سطح هوشیاری	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> تهوع	<input type="checkbox"/> استقرام	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> بی اشتها
<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> تهوع	<input type="checkbox"/> استقرام	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> بی اشتها
<input type="checkbox"/> درد قفسه سینه	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> تهوع	<input type="checkbox"/> استقرام	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> بی اشتها

سابقه مصرف سیگار / مواد مخدر

<input type="checkbox"/> سابقه مصرف سیگار دارد
<input type="checkbox"/> سابقه سوء مصرف مواد مخدر (تریاک) دارد

سابقه بیماری های زمینه ای

<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن کبدی	<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن کلیوی	<input type="checkbox"/> کانسر
<input type="checkbox"/> اختلالات مزمن عصبی	<input type="checkbox"/> آسم	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن قلبی	<input type="checkbox"/> HIV / AIDS
<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی
<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی
<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی
<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی
<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی
<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی
<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی
<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن ریوی

تعیین تکلیف

* وضعیت تعیین تکلیف بیمار : بستری	* تاریخ ترخیص :
توضیحات :	

--	--

بازگشت	ثبت و بازگشت	ثبت و جدید
--------	--------------	------------

	* نام تکمیل کننده فرم :
--	-------------------------

