

فرم انتقال ایمن بیماران نیازمند به مراقبت ویژه

نام و نام خانوادگی:		شماره پرونده:	تاریخ تولد:	نام پدر:
بخش مبدا:		بخش مقصد:	تاریخ:	
محور	ردیف	محور	تحويل دهنده	تحويل گیرنده
الزامات	۱	وجود دستور پزشک مبنی بر انتقال بیمار		
	۲	وجود دستور کتبی مبنی بر همراهی یا عدم همراهی پزشک		
	۳	هماهنگی با بخش مقصد و گزارش کامل جهت انتقال بیمار		
	۴	گزارش آخرین تغییر وضعیت بیمار به پزشک کشیک توسط اینچارج		
	۵	همراه بودن اوراق پرونده پزشکی بیمار		
	۶	نمره کسب شده از معیار MEWS/ PEWS	MEWS/ PEWS:	MEWS/ PEWS:

آ □ V □ P □ U □	آ □ V □ P □ U □	چک سطح هوشیاری بر اساس مقیاس AVPU	۷	Airway & Breathing (A&B)
		بررسی باز بودن راه هوایی (نیاز به ساکشن، صدای غیر طبیعی تنفس و.....)	۸	
Size: fix:	Size: fix:	چک محل TT/ETT و ثابت بودن آن، سایز و فیکس	۹	Circulation (C)
RR: Sao2:	RR: Sao2:	تعداد تنفس و میزان Sao2	۱۰	
		وجود میزان کافی اکسیژن در کپسول (پر بودن بیشتر از ۲/۳ کپسول)	۱۱	Disability (D)
BP: HR:	BP: HR:	بررسی فشار خون و ضربان قلب بیمار	۱۲	
		وجود مسیر وریدی باز جهت تزریق دارو در حین انتقال	۱۳	
		وجود و تزریق میزان کافی داروهای اینوتروپ یا آرام بخش و.....مورد لزوم ثابت بودن کترهاوتیوب های متصل به بیمار نظیر فولی، چست تیوب و..... در محل	۱۴	
GCS/ F.S:	GCS/ F.S:	چک سطح هوشیاری	۱۶	Exposure (E)
T:	T:	درجه حرارت بیمار	۱۷	
B.S:	B.S:	آخرین B.S بیمار (بر اساس دستور پزشک)	۱۸	
Right: Left:	Right: Left:	چک واکنش و سایز مردمک	۱۹	
		آرام و بی درد بودن بیمار	۲۰	Safety
		بررسی سطح پوست از نظر وجود زخم فشاری، قرمزی، پورپورا و....	۲۱	
		بررسی محل زخم جراحی و پانسمان ها از نظر خونریزی و.....	۲۲	سایر
		وجود دستبند شناسایی و انجام شناسایی فعال بیمار	۲۳	
		قرار گرفتن تجهیزات در محل ایمن و مناسب	۲۴	
		تایید صحت عملکرد دستگاه و تنظیمات ونتیلاتور پرتابل (وجود شارژ باطری، مانیتور، سرنگ پمپ و... تنظیم آلارم دستگاه ها و.....)	۲۵	
		وجود کیف اورژانس با کلیه ملزومات (آموبگ، فیلتر آنتی باکتریال و.....)	۲۶	
		بالا بودن سایدریل برانکارد و صحت عملکرد آن و وجود و بستن کمربند ایمنی	۲۷	
			۲۸	مهر و امضاء
		ساعت و تاریخ (پزشک)	۲۹	
		ساعت و تاریخ (پرستار)	۳۰	