

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 <input type="checkbox"/> در اولین فرصت <input type="checkbox"/> غیر فوری <input type="checkbox"/>
ارجاع نوزاد : فوری <input type="checkbox"/> در اولین فرصت <input type="checkbox"/> غیر فوری <input type="checkbox"/>
فرد ارجاع دهنده :
مبدا ارجاع :
مقصد ارجاع :
تاریخ و ساعت ارجاع :
دریافت پسخوراند :
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ دریافت :
نیاز به پیگیری :
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
نوع پیگیری :
مادر :
نوزاد :

فرم ارجاع مادر / نوزاد

شماره برگه :	تاریخ ارجاع :	تاریخ پذیرش :
از :	ساعت ارجاع :	ساعت پذیرش :
به :	نوع ارجاع مادر : فوری <input type="checkbox"/> در اولین فرصت <input type="checkbox"/> غیر فوری <input type="checkbox"/>	نوع ارجاع نوزاد : فوری <input type="checkbox"/> در اولین فرصت <input type="checkbox"/> غیر فوری <input type="checkbox"/>
همکار ارجاع دهنده با سلام	نوزاد با مشخصات زیر	
نام و نام خانوادگی :	سن :	تعداد بارداری :
تعداد فرزندان زنده :	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی :	تاریخ تقریبی زایمان / زایمان :
سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری زمینه ای :	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع بیماری :	نوع زایمان :
مصرف فعلی دارو :	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع دارو :	وزن بدو تولد :
سابقه عارضه در بارداری قبلی :	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع عارضه :	درجه حرارت بدن :
سابقه حساسیت دارویی :	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع دارو :	تعداد تنفس :
گروه خونی و ارهاش :	<input type="checkbox"/> RH- <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A	
علت ارجاع :	اقدامات پیش از ارجاع :	
اقدامات پیش از ارجاع :	وضعیت و اقدامات حین ارجاع :	
وضعیت و اقدامات حین ارجاع :	وضعیت و اقدامات حین ارجاع :	
جهت بررسی و اقدام لازم به حضور معرفی میگردد . خوشمند 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 :	