

فرم پس‌خوراند مادر / نوزاد

شماره برگه :

نام و نام خانوادگی :

مادر :

نوزاد :

شماره پرونده / کد ملی :

علت ارجاع مادر :

علت ارجاع نوزاد :

ارجاع مادر : فوری در اولین فرصت غیر فوری

ارجاع نوزاد : فوری در اولین فرصت غیر فوری

مبدا ارجاع و فرد ارجاع دهنده :

تاریخ و ساعت پذیرش :

تشخیص مادر :

تشخیص نوزاد :

تاریخ و ساعت ترخیص :

نیاز به پیگیری : بلی خیر

نوع پیگیری :

مادر :

نوزاد :

وقوع مرگ مادر : بلی خیر

علت و تاریخ فوت :

وقوع مرگ نوزاد : بلی خیر

علت و تاریخ فوت :

فرم پس‌خوراند مادر / نوزاد

شماره برگه :

تاریخ پذیرش :

تاریخ ترخیص :

از :

ساعت پذیرش :

ساعت ترخیص :

به :

همکار ارجمند با سلام و سپاس از ارجاع :

نوع ارجاع مادر : فوری در اولین فرصت غیر فوری

نوع ارجاع نوزاد : فوری در اولین فرصت غیر فوری

مادر با مشخصات زیر

نوزاد با مشخصات زیر

نام و نام خانوادگی :

سن در زمان ترخیص (به روز) :

با سابقه پزشکی :

با تشخیص :

با تشخیص :

تحت درمان های زیر در زمان های زیر قرار گرفته است :

تحت درمان های زیر در زمان های زیر قرار گرفته است :

ادامه درمان و توصیه ها تا ویزیت بعدی :

ادامه درمان و توصیه ها تا ویزیت بعدی :

انجام معاینه بعدی در زمان : در محل :

انجام معاینه و مراقبت بعدی، در زمان : در محل :

توسط :

توسط :

در صورت مرگ مادر . محل فوت :

در صورت مرگ نوزاد . محل فوت :

نام و نام خانوادگی ویزیت کننده :

علت :

علت :

سمت :

تاریخ :

تاریخ :

امضاء :