

مرکز بهداشتی، درمانی.....
برگ ارجاع جسد به مرکز ساماندهی صدور جواز دفن

تاریخ:
شماره:
پیوست:

ریاست محترم مرکز ساماندهی صدور جواز دفن بدینوسیله جسد متوفی، با مشخصات ذیل جهت تعیین علت فوت ارسال می گردد.				
نام خانوادگی:		نام:		نام پدر:
شماره ملی:		شماره شناسنامه:		
شماره پرونده:		تاریخ پذیرش:	ساعت پذیرش:	تاریخ تولد:/...../..... سن:
محل فوت بیمار: سایر بخش ها موارد دیگر.....		قبل از ورود به بیمارستان	اورژانس	NICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/>
علائم حیاتی و وضعیت هوشیاری بیمار به هنگام پذیرش: <input type="checkbox"/> موشیار <input type="checkbox"/> هوشیاری نسبی <input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری واضح <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> بیهوش (کوما) <input type="checkbox"/> فاقد علائم حیاتی				
علت مراجعه بیمار به مرکز درمانی: <input type="checkbox"/> بیماری جسمانی <input type="checkbox"/> سایر:				
شکایت اصلی بیمار و خلاصه شرح حال:				
خلاصه یافته های آزمایشگاهی و تصویر برداری:				
خلاصه ای از اقدامات درمانی انجام شده:				
تشخیص نهائی علت احتمالی فوت:				
علت ارجاع جسد به مرکز ساماندهی صدور جواز دفن:				
نام و نام خانوادگی پزشک معالج تکمیل کننده فرم:		مهر مرکز بهداشتی درمانی:		
تاریخ، امضاء و مهر:				

شماره تلفن مرکز ساماندهی 77537530

