

## فرم شماره ۵ - بررسی موارد فوت

**تکمیل کننده: پزشک**

در صورتی که پاسخ سوال ۱۴ فرم ۳ گزینه « فوت » است؛

(۱) آیا مصدوم بیماری زمینه‌ای داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر						
(۲) در صورتی که پاسخ سوال ۱ گزینه « بله » است؛ نام بیماری / بیماری‌ها در بخش «ثبت بیماری‌ها» ثبت گردد						
(۳) آیا مصدوم سابقه مصرف دارو داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر						
(۴) در صورتی که پاسخ سوال ۳ گزینه « بله » است؛ نام دارو / داروها و مدت مصرف آنها در بخش «ثبت داروهای مصرفی» ثبت گردد						
(۵) آیا مصدوم پیش از فوت، به واحد بهداشتی درمانی اعزام / ارجاع / مراجعه نموده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر						
(۶) در صورتی که پاسخ سوال ۵ گزینه « بله » است؛ جدول زیر (به ترتیب انجام) تکمیل گردد						
نام پزشک معالج	اقدامات انجام شده	علائم بالینی مصدوم در هنگام مراجعه (لیست علائم ذکر شده در سوالات ۵ و ۶ فرم شماره ۲)	ساعت مراجعه	تاریخ مراجعه	محل مراجعه	
						واحد ۱:
						واحد ۲:
						واحد ۳:
						واحد ۴:
(۷) در صورتی که مصدوم آنتی‌بیوتیک دریافت کرده است جدول زیر تکمیل گردد:						
اقدامات مداخله‌ای پس از بروز واکنش آلرژیک	در صورت بروز واکنش آلرژیک به دنبال دریافت سرم، نوع آن ذکر گردد	تعداد (ویال)	نوع تزریق (وریدی / عضلانی)	ساعت تزریق	تاریخ دریافت آنتی‌بیوتیک	محل دریافت آنتی‌بیوتیک
				..... : .....	..... / ..... / .....	واحد ۱:
				..... : .....	..... / ..... / .....	واحد ۲:
				..... : .....	..... / ..... / .....	واحد ۳:
(۸) تاریخ فوت (روز / ماه / سال):						
(۹) ساعت فوت (بر حسب ۲۴ ساعت شبانه روز):						
(۱۰) مکان فوت: مرکز درمانی <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> در مسیر مراجعه به مرکز درمانی <input type="checkbox"/>						
(۱۱) آخرین تابلوی بالینی قبل از فوت:						