|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ع87َپفرم ارجاع | |  |  | فرم ارجاع | | | | فرم پسخوراند | |
| شماره برگه: | | شماره برگه: | | شماره پرونده:  کد ملی:  تاریخ ارجاع:  نوع ارجاع: فوری □ در اولین فرصت□ غیر فوری□ | | شماره برگه :  از: ؟؟؟  به: | تاریخ پذیرش :  نوع ارجاع : فوری□ دراولین فرصت□ غیر فوری□  تاریخ ارجاع اولیه: |
| نام و نام خانوادگی: | | از: | |
| شماره پرونده: | | به: | |
| کد ملی: | | همکار ارجمند با سلام: | | | | همکار محترم با سلام: | |
| تاریخ ارجاع: | | مراجعه کننده با مشخصات زیر: | | | | مراجعه کننده با مشخصات ذیل : | |
| علت ارجاع: | | نام و نام خانوادگی:  سن: | گروه سنی | | | نام و نام خانوادگی :  کد ملی:  سن: | |
| کودک | | قد: وزن: دور سر: |
| نوزاد | | نبض: تعداد تنفس: درجه حرارت: |
| گروه سنی: سن: | | سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری زمینه ای: دارد□ ندارد□  نوع بیماری:.......................................................................................  با علائم و نشانه ها یا تست های مثبت ...............................................................................................................................................................  ...............................................................................................................................................................  درصد خطرسنجی بیماریهای قلبی وعروقی: | | | | با سابقه ی پزشکی: | |
| کودک | قد: وزن: دور سر: |
| نوزاد | نبض: تعداد تنفس: درجه حرارت: | با تشخیص : | |
| نوع ارجاع:  ارجاع فوری□ اولین فرصت□ ارجاع غیرفوری□  مبدأ ارجاع:  مقصد ارجاع: | | علت ارجاع: | | | | تحت درمان های زیر در زمان های مشخص شده ی ذیل قرار گرفته است :  1-  2-  3- | |
| اقدامات وداروهای تجویزی قبل/ حین ارجاع: | | | | ادامه ی درمان و اقدامات توصیه شده تا ویزیت بعدی : | |
| دریافت پسخوراند: بلی □ خیر□  تاریخ دریافت پسخوراند: | |
| فرد ارجاع دهنده:  سمت: | | نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده:  سمت:  امضا: | | | | انجام مراجعه بعدی : / / در محل:    به : توسط: | |