



کد سند: FO-EM-۱۰
تاریخ تصویب: فروردین ۱۴۰۴
تاریخ بازنگری: -

فرم انتقال اطلاعات بیمار ISBAR بیمارستان حضرت فاطمه (س) دماوند



گزارش / تحویل دهنده:		گزارش / تحویل گیرنده:	
I (Identity)	بخش/واحد به بخش: واحد شیفت به شیفت: بیمارستان به بیمارستان:		
	نام و نام خانوادگی بیمار:	سن:	بخش:
S (Situation)	تشخیص:	نام پزشک معالج:	تاریخ بستری:
	وضعیت هوشیاری:	این تویه: ☐ خیر ☐ بله	
	مانیتور قلبی:	☐ خیر ☐ بله اکسیژن تراپی: ☐ خیر ☐ بله	
	اتصالات:		
	درن:	☐ خیر ☐ بله	
	سند فولی:	☐ خیر ☐ بله	
	چست تیوپ:	☐ خیر ☐ بله	
	لوله تغذیه:	☐ خیر ☐ بله	
	میزان INTAKE:	میزان PUT OUT:	
	وضعیت حرکتی / ارتباطی:	مستقل: ☐ خیر ☐ بله وابسته به کمک: ☐ خیر ☐ بله	
B (Back ground)	وسایل کمک حرکتی: ☐ واکر ☐ عصا ☐ ویلچر ☐ سمعک ☐ دندان مصنوعی ☐ عینک ☐		
	بیماری های زمینه ای:		
	داروهای تحویلی: ☐ دارد ☐ ندارد نام و تعداد دارو:		
	داروهای مصرفی در منزل: ☐ دارد ☐ ندارد نام و تعداد دارو:		
A (Assessment)	سابقه حساسیت دارویی: ☐ دارد ☐ ندارد نام و تعداد دارو:		
	نتایج آزمایش های قابل گزارش: BS = و		
	وضعیت علائم حیاتی: BP= P= RR= T= O ₂ Sat=		
	یافته های قابل گزارش از ارزیابی سیستم ها:		
R (Recommendation)	نمره / محل درد:		
	امتیاز ارزیابی زخم (BRADEN):		
	امتیاز ارزیابی احتمالی سقوط (MORSE):		
	تصوربرداری تشخیصی: ☐ خیر ☐ بله نوع:		
	کنترل دستورات پزشک: ☐ خیر ☐ بله اجرای دستورات دارویی: ☐ خیر ☐ بله		
	مشاوره: ☐ خیر ☐ بله		
	پروتکل FALLING: ☐ خیر ☐ بله پروتکل زخم بستر: ☐ خیر ☐ بله		
	چارت انسولین ☐ چارت PT ☐ چارت زخم بستر ☐ اوراق پرونده ☐ سایر:		
سایر موارد قابل گزارش و پیگیری:			
وسایل قیمتی (زیورآلات، تلفن همراه و ...) تحویل همراه گردیده است؟ ☐ خیر ☐ بله			
توضیحات (حوادث و مشکلات حین انتقال):			

نام و امضاء تحویل گیرنده:
تاریخ و ساعت:

نام و امضاء تحویل دهنده:
تاریخ و ساعت: