



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مرکز پزشکی آموزشی درمانی

شماره پرونده:

تاریخ:

پیوست:

فرم ارجاع جسد به مرکز ساماندهی صدور جواز دفن

مشخصات متوفی:	نام خانوادگی:	نام:	نام پدر:	ناشناس <input type="checkbox"/>
شماره ملی:	شماره شناسنامه:	سن / تاریخ تولد:		
محل فوت:	قبل از ورود به بیمارستان <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> بخش <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/> سایر.....	تاریخ پذیرش:	ساعت پذیرش:	تاریخ فوت:
علائم حیاتی و وضعیت هوشیاری بیمار به هنگام پذیرش	هوشیار <input type="checkbox"/>	هوشیاری نسبی <input type="checkbox"/>	کاهش هوشیاری واضح <input type="checkbox"/>	بیهوش (کوما) <input type="checkbox"/>
فشار خون:	تعداد ضربان قلب:	تعداد تنفس:	دمای بدن:	
دلیل اصلی مراجعه بیمار به مرکز درمانی:	نزاع <input type="checkbox"/>	حادثه <input type="checkbox"/>	تصادف <input type="checkbox"/>	مسمومیت <input type="checkbox"/>
شکایت اصلی بیمار و خلاصه شرح حال:	بیماری جسمانی <input type="checkbox"/> سایر:			
خلاصه یافته های آزمایشگاهی و تصویربرداری:				
خلاصه ای از اقدامات درمانی انجام شده:				
تشخیص نهایی و علت احتمالی فوت:				
علت ارجاع جسد به پزشکی قانونی:				
مرگ غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	مرگ مشکوک <input type="checkbox"/>	شکایت از کادر درمانی و بیمارستان <input type="checkbox"/>	علت فوت نامعلوم <input type="checkbox"/>	سایر:
نام، نام خانوادگی و امضای پزشک معالج:	مهر و امضای ریاست بیمارستان:			