

# برنامه ثبت ملی ترومای ایران

نام بیمارستان: ..... نام شهر بیمارستان: ..... شناسه بیمارستان: ..... شناسه ثبت بیمار: ..... کد پرستار: .....  
تاریخ: ..... / ..... / ..... زمان: .....

## ۱. اطلاعات دموگرافیک

۱	نام و نام خانوادگی بیمار: .....	۲	شماره پرونده بیمارستانی (کد پذیرش): .....
۳	شماره پرونده بستری: .....	۴	کد پرونده سلامت ملی (کد شناسایی): .....
۵	کد ملی: .....	۶	ملیت: ..... نام کشور ذکر شود.
۷	کد پاسپورت (در صورتی پر شود که ملیت غیر ایرانی است): .....	۸	تابعیت: ..... ۱. ایرانی <input type="checkbox"/> ..... ۲. غیر ایرانی <input type="checkbox"/>
۹	استان محل اقامت بیمار: .....	۱۰	شهرستان محل اقامت بیمار: ..... ۱. شهر <input type="checkbox"/> ..... ۲. روستا <input type="checkbox"/>
۱۱	کد پستی محل اقامت بیمار: .....		
۱۲	محل اقامت موقت (در صورتی که بیمار محل اقامت ثابت نداشته و کد پستی در قسمت بالا پر نشده باشد): ۱. بی خانمان <input type="checkbox"/> ..... ۲. کارگران مهاجر <input type="checkbox"/> ..... ۳. بدون مدرک شناسایی شهروندی <input type="checkbox"/> ..... ۴. سایر، لطفا توضیح داده شود. <input type="checkbox"/>		
۱۳	شهر محل تولد: .....	۱۴	تاریخ تولد: ..... / ..... / .....
۱۵	سن هنگام مصدومیت (فقط در صورتی پر شود که تاریخ تولد نامعلوم یا گزارش نشده است): ..... سال		
۱۶	جنس: ..... ۱. مرد <input type="checkbox"/> ..... ۲. زن <input type="checkbox"/> ..... ۳. دوجنسی <input type="checkbox"/> ..... ۴. تعیین نشده <input type="checkbox"/>		
۱۷	وضعیت تأهل: ..... ۱. متأهل <input type="checkbox"/> ..... ۲. مجرد <input type="checkbox"/> ..... ۳. طلاق گرفته <input type="checkbox"/> ..... ۴. همسر فوت شده <input type="checkbox"/> ..... ۵. نامشخص <input type="checkbox"/>		
۱۸	تحصیلات: ..... ۱. بی سواد <input type="checkbox"/> ..... ۲. ابتدایی <input type="checkbox"/> ..... ۳. راهنمایی <input type="checkbox"/> ..... ۴. دبیرستان <input type="checkbox"/> ..... ۵. دیپلم <input type="checkbox"/> ..... ۶. کاردانی <input type="checkbox"/> ..... ۷. کارشناسی <input type="checkbox"/> ..... ۸. کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> ..... ۹. دکترای حرفه‌ای <input type="checkbox"/> ..... ۱۰. دکترای تخصصی <input type="checkbox"/> ..... ۱۱. نامشخص <input type="checkbox"/>		
۱۹	سنوات تحصیلی: .....		
۲۰	آدرس منزل: .....		
۲۱	آدرس محل کار: .....		
۲۲	شماره تماس ثابت: ..... ۱. منزل: ..... ۲. محل کار: .....		
۲۳	شماره تماس همراه: .....	۲۴	شماره تماس بستگان: .....
۲۵	سابقه بستری شدن به علت تروما: ..... ۱. دارد <input type="checkbox"/> ..... ۲. ندارد <input type="checkbox"/> دفعات بستری به علت تروما: .....		

## ۲. اطلاعات مصدومیت

۱	تاریخ رخداد مصدومیت: ..... / ..... / .....	۲	زمان رخداد مصدومیت: ..... : .....
۳	آیا حادثه در مناسبت خاص یا ایام تعطیل رخ داده است؟ <input type="checkbox"/> بله ۱. <input type="checkbox"/> خیر ۲.		
۴	تشخیص اولیه:		
۵	مکانیسم تروما: ۱. حوادث ترافیک جاده‌ای <input type="checkbox"/> ۲. سایر تصادفات حمل و نقل <input type="checkbox"/> ۳. آسیب‌های غیرنافذ <input type="checkbox"/> ۴. سقوط <input type="checkbox"/> ۵. آسیب‌های نافذ <input type="checkbox"/> ۶. نیش حیوانات <input type="checkbox"/> ۷. غرق شدگی <input type="checkbox"/> ۸. سوختگی (سیگار، آتش، شعله) <input type="checkbox"/> ۹. سوختگی (تماس با گرما، آب جوش) <input type="checkbox"/> ۱۰. مسمومیت <input type="checkbox"/> ۱۱. خفگی <input type="checkbox"/> ۱۲. برق گرفتگی <input type="checkbox"/> ۱۳. سلاح گرم <input type="checkbox"/> ۱۴. مواجهه با پرتوها، فشار و دمای بیش از حد <input type="checkbox"/> ۱۵. زهر حیوانات <input type="checkbox"/> ۱۶. عوامل ناشناخته <input type="checkbox"/> ۱۷. سایر (لطفاً توضیح دهید) <input type="checkbox"/>		
۶	ارتفاع تقریبی سقوط به متر: .....		
۷	وضعیت شغل: ۱. شاغل <input type="checkbox"/> ۲. بیکار جویای کار <input type="checkbox"/> ۳. محصل یا دانشجو <input type="checkbox"/> ۴. دارای درآمد بدون کار <input type="checkbox"/> ۵. بازنشسته <input type="checkbox"/> ۶. از کارافتاده <input type="checkbox"/> ۷. سرباز <input type="checkbox"/> ۸. خانه دار <input type="checkbox"/> ۹. بیکار <input type="checkbox"/> ۱۰. کودک زیر ۶ سال <input type="checkbox"/>		
۸	مرتبط با کار (آیا آسیب در طول اشتغال رخ داده است؟) <input type="checkbox"/> بله ۱. <input type="checkbox"/> خیر ۲.		
۹	رده شغلی (در صورتی کامل شود که پاسخ به مورد اول سؤال ۷ مثبت باشد): ۱. کارفرما <input type="checkbox"/> ۲. کاسب یا خویش فرما <input type="checkbox"/> ۳. کارمند <input type="checkbox"/> ۴. کارگر فنی <input type="checkbox"/> ۵. کارگر ساده <input type="checkbox"/>		
۱۰	گزارش آزار فیزیکی (به مراجع قانونی یا مراقبین ایمنی "شامل گزارش از کودک، سالمند و ..."): <input type="checkbox"/> بله ۱. <input type="checkbox"/> خیر ۲.		
۱۱	بلايا: ۱. بله <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ یکی از موارد زیر را انتخاب کنید) ۱. زلزله <input type="checkbox"/> ۲. جنگ <input type="checkbox"/> ۳. سیل <input type="checkbox"/> ۴. آتش سوزی <input type="checkbox"/> ۵. رانش زمین <input type="checkbox"/> ۶. حوادث تروریستی <input type="checkbox"/> ۷. سقوط بهمن <input type="checkbox"/> ۸. سونامی <input type="checkbox"/> ۹. سایر (لطفاً توضیح دهید) <input type="checkbox"/>		
۱۲	فعالیت فرد در زمان حادثه: .....		
۱۳	مکان رخداد علت خارجی: ۱. خانه <input type="checkbox"/> ۲. نهادهای مسکونی <input type="checkbox"/> ۳. مدرسه، سایر مؤسسات و مناطق اداری-عمومی، مذهبی <input type="checkbox"/> ۴. ورزش و مناطق ورزشی <input type="checkbox"/> ۵. خیابان و بزرگراه <input type="checkbox"/> ۶. مناطق خدماتی و تجاری <input type="checkbox"/> ۷. مناطق ساخت و ساز و صنعتی <input type="checkbox"/> ۸. مناطق کشاورزی، مزرعه، کشتزار <input type="checkbox"/> ۹. سایر مکان‌های مشخص شده <input type="checkbox"/> ۱۰. مکان نامشخص <input type="checkbox"/>		
۱۴	تجهیزات محافظ (تجهیزات ایمنی مورد استفاده و یا پوشیده شده توسط بیمار در زمان مصدومیت ناشی از حوادث ترافیکی و مصدومیت‌های شغلی): ۱. کمربند ایمنی <input type="checkbox"/> ۲. صندلی اتومبیل کودک <input type="checkbox"/> ۳. کیسه هوا <input type="checkbox"/> ۴. کلاه ایمنی (در دوچرخه، اسکی، موتورسیکلت) <input type="checkbox"/> ۵. محافظ ساق پا (در موتورسوار و ...) <input type="checkbox"/> ۶. حفاظت چشم (حین کار، اسکی و ...) <input type="checkbox"/> ۷. لباس کار محافظ <input type="checkbox"/> ۸. سایر (لطفاً توضیح داده شود) <input type="checkbox"/> ۹. هیچ کدام <input type="checkbox"/>		

۱۵	باز شدن کیسه هوا (در صورت پاسخ مثبت به آیتم کیسه هوا در سؤال ۱۴): <input type="checkbox"/> ۱. کیسه هوا باز نشده است <input type="checkbox"/> ۲. کیسه هوای جلو باز شده است <input type="checkbox"/> ۳. کیسه هوای جانبی باز شده است <input type="checkbox"/> ۴. سایر (لطفاً توضیح داده شود)
۱۶	استان محل حادثه: ..... ۱۷ شهرستان محل حادثه: .....
۱۸	شهر محل حادثه: .....

### ۳. اطلاعات قبل از بیمارستان

۱	نحوه انتقال بیمار به بیمارستان: <input type="checkbox"/> ۱. آمبولانس زمینی <input type="checkbox"/> ۲. هلی کوپتر آمبولانس <input type="checkbox"/> ۳. وسیله خصوصی <input type="checkbox"/> ۴. وسیله عمومی <input type="checkbox"/> ۵. پیاده <input type="checkbox"/> ۶. پلیس <input type="checkbox"/> ۷. سایر (لطفاً توضیح داده شود)
۲	دیگر وسایل نقلیه استفاده شده طی انتقال بیمار به بیمارستان به غیر از وسیله ای که بیمار را به بیمارستان رسانده است. <input type="checkbox"/> ۱. آمبولانس زمینی <input type="checkbox"/> ۲. هلی کوپتر آمبولانس <input type="checkbox"/> ۳. وسیله خصوصی <input type="checkbox"/> ۴. وسیله عمومی <input type="checkbox"/> ۵. پیاده <input type="checkbox"/> ۶. پلیس <input type="checkbox"/> ۷. سایر (لطفاً توضیح داده شود)
۳	انتقال بین مراکز (آیا بیمار از یک مرکز مراقبت حاد دیگر به مرکز شما منتقل شده است؟): <input type="checkbox"/> ۱. بله <input type="checkbox"/> ۲. خیر در صورت پاسخ مثبت، محل ارجاع:
۴	منبع اطلاع دهنده اطلاعات مربوط به شرح حادثه: <input type="checkbox"/> ۱. خود بیمار <input type="checkbox"/> ۲. خانواده بیمار <input type="checkbox"/> ۳. پلیس <input type="checkbox"/> ۴. اورژانس پیش بیمارستانی <input type="checkbox"/> ۵. سایر (لطفاً توضیح داده شود)
۵	تاریخ مطلع شدن واحد حمل و نقل بیمار جهت اعزام آمبولانس: ..... / ..... / .....
۶	زمان مطلع شدن واحد حمل و نقل بیمار جهت اعزام آمبولانس: .....
۷	تاریخ ورود آمبولانس اورژانس یا وسیله انتقال دهنده بیمار به صحنه: ..... / ..... / .....
۸	زمان ورود آمبولانس اورژانس یا وسیله انتقال دهنده بیمار به صحنه: .....
۹	تاریخ حرکت آمبولانس اورژانس یا وسیله انتقال دهنده بیمار از صحنه: ..... / ..... / .....
۱۰	زمان خروج آمبولانس اورژانس یا وسیله انتقال دهنده بیمار از صحنه: .....
۱۱	فشار خون: ۱۲ نبض:
۱۳	تعداد تنفس: ۱۴ درصد اکسیژن اشباع شده:

۱۵	"GCS چشمی" اولیه (در صحنه حادثه) : ۱. چشم در پاسخ به تحریک دردناک باز نمی‌شود. <input type="checkbox"/> ۲. چشم در پاسخ به تحریک دردناک باز می‌شود. <input type="checkbox"/> ۳. چشم در پاسخ به تحریک کلامی باز می‌شود. <input type="checkbox"/> ۴. چشم خود به خود باز می‌شود. <input type="checkbox"/>
۱۶	"GCS کلامی" اولیه (در صحنه حادثه) : الف) کودکان (دو ساله یا کمتر): ۱. بدون پاسخ آوازی <input type="checkbox"/> ۲. ناآرام و بی‌قرار است. <input type="checkbox"/> ۳. کلمات نامفهوم است، ناله می‌کند. <input type="checkbox"/> ۴. گریه می‌کند اما قابل آرام کردن است، تعاملات نامناسب است. <input type="checkbox"/> ۵. لبخند می‌زند، هوشیاری نسبت به صداها، اشیاء را دنبال می‌کند، تعامل دارد. <input type="checkbox"/> ب) بزرگسالان: ۱. بدون پاسخ کلامی <input type="checkbox"/> ۲. صداهای نامفهوم <input type="checkbox"/> ۳. کلمات نامناسب <input type="checkbox"/> ۴. گیج <input type="checkbox"/> ۵. هوشیار <input type="checkbox"/>
۱۷	"GCS حرکتی" اولیه (در صحنه حادثه) : الف) کودکان (دو ساله یا کمتر): ۱. بدون پاسخ حرکتی <input type="checkbox"/> ۲. باز کردن اندام در پاسخ به درد <input type="checkbox"/> ۳. خم کردن اندام در پاسخ به درد <input type="checkbox"/> ۴. دور کردن اندام از محرک دردناک <input type="checkbox"/> ۵. لوکالیزه کردن در پاسخ به درد <input type="checkbox"/> ۶. پاسخ مناسب به تحریک <input type="checkbox"/> ب) بزرگسالان: ۱. بدون پاسخ حرکتی <input type="checkbox"/> ۲. باز کردن اندام در پاسخ به درد <input type="checkbox"/> ۳. خم کردن اندام در پاسخ به درد <input type="checkbox"/> ۴. دور کردن اندام از محرک دردناک <input type="checkbox"/> ۵. لوکالیزه کردن در پاسخ به درد <input type="checkbox"/> ۶. پاسخ مناسب به تحریک <input type="checkbox"/>
۱۸	GCS کل اولیه (در صحنه حادثه) :
۱۹	ایست قلبی قبل از بیمارستان: ۱. بله <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/>
۲۰	انجام اقدامات احیای قلبی ریوی: ۱. بله <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/>
۲۱	انتوباسیون: ۱. بله <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/>
۲۲	فیکساسیون: ۱. بله <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/>
۲۳	تزریق خون: ۱. بله <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/>
۲۴	تزریق مایعات: ۱. بله <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/>
۲۵	تزریق دارو: ۱. بله <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/>
۲۶	قربانیان بیش از یک نفر: <input type="checkbox"/>

#### ۴. اطلاعات دپارتمان اورژانس

۱	تاریخ رسیدن به دپارتمان اورژانس یا بیمارستان: ..... / ..... / ..... (تاریخ پذیرش)
۲	زمان رسیدن به دپارتمان اورژانس یا بیمارستان: ..... : ..... (زمان پذیرش)
۳	تاریخ انتقال از دپارتمان اورژانس: ..... / ..... / ..... (تاریخ بستری)   ۴   زمان انتقال از دپارتمان اورژانس: ..... : ..... (زمان بستری)
۵	فاصله بین زمان حادثه تا رسیدن به بیمارستان: (زمان ورود به اورژانس - زمان حادثه) : .....
۶	نوع پذیرش اورژانس: ۱. مراجعه مستقیم <input type="checkbox"/> ۲. ارجاع از مراکز دیگر <input type="checkbox"/> ۳. سایر (لطفاً توضیح دهید) <input type="checkbox"/>

۷	علائم حیات (Sign of Life) (آیا بیمار زمان رسیدن به اورژانس علائم حیاتی داشته است؟) ۱. بله <input type="checkbox"/> ۲. خیر <input type="checkbox"/>
۸	فاصله زمانی مرگ برای بیماران فوتی در اورژانس (از زمان رسیدن به اورژانس تا فوت): .....
۹	انتقال مصدوم در هنگام ترخیص از دپارتمان اورژانس: ۱. بخش بستری (نام بخش ذکر شود) <input type="checkbox"/> ..... ۲. بخش تحت نظر (واحدی که کمتر از ۲۴ ساعت اقامت را فراهم می‌کند) <input type="checkbox"/> ۳. منزل <input type="checkbox"/> ۴. فوت شده است <input type="checkbox"/> ۵. سایر (زنداد، مراقبت مؤسسه‌ای، ...) <input type="checkbox"/> ۶. اتاق عمل <input type="checkbox"/> ۷. بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) <input type="checkbox"/> ۸. انتقال به بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/>
۱۰	فشارخون سیستولیک اولیه دپارتمان اورژانس یا بیمارستان:
۱۱	نبض اولیه دپارتمان اورژانس یا بیمارستان: ۱۲ دمای اولیه دپارتمان اورژانس یا بیمارستان:
۱۳	تعداد تنفس اولیه دپارتمان اورژانس یا بیمارستان:
۱۴	وضعیت تنفس اولیه در بدو ورود به دپارتمان اورژانس / بیمارستان: راه هوایی: ۱. باز <input type="checkbox"/> ۲. بسته <input type="checkbox"/> نیاز به دستگاه کمک تنفسی: ۱. دارد <input type="checkbox"/> ۲. ندارد <input type="checkbox"/> نیاز به اکسیژن: ۱. دارد <input type="checkbox"/> ۲. ندارد <input type="checkbox"/>
۱۵	درصد اشباع اکسیژن اولیه دپارتمان اورژانس یا بیمارستان:
۱۶	"GCS چشمی" اولیه دپارتمان اورژانس یا بیمارستان: ۱. چشم در پاسخ به تحریک دردناک باز نمی‌شود. <input type="checkbox"/> ۲. چشم در پاسخ به تحریک دردناک باز می‌شود. <input type="checkbox"/> ۳. چشم در پاسخ به تحریک کلامی باز می‌شود. <input type="checkbox"/> ۴. چشم خود به خود باز می‌شود. <input type="checkbox"/>
۱۷	"GCS کلامی" اولیه دپارتمان اورژانس یا بیمارستان: (الف) کودکان (دو ساله یا کمتر): ۱. بدون پاسخ آوازی <input type="checkbox"/> ۲. نا آرام و بی‌قرار است. <input type="checkbox"/> ۳. کلمات نامفهوم است، ناله می‌کند. <input type="checkbox"/> ۴. گریه می‌کند اما قابل آرام کردن است، تعاملات نامناسب است. <input type="checkbox"/> ۵. لبخند می‌زند، هوشیاری نسبت به صداها، اشیاء را دنبال می‌کند، تعامل دارد. <input type="checkbox"/> (ب) بزرگسالان: ۱. بدون پاسخ کلامی <input type="checkbox"/> ۲. صداهای نامفهوم <input type="checkbox"/> ۳. کلمات نامناسب <input type="checkbox"/> ۴. گیج <input type="checkbox"/> ۵. هوشیار <input type="checkbox"/>
۱۸	"GCS حرکتی" اولیه دپارتمان اورژانس یا بیمارستان: (الف) کودکان (دو ساله یا کمتر): ۱. بدون پاسخ حرکتی <input type="checkbox"/> ۲. باز کردن اندام در پاسخ به درد <input type="checkbox"/> ۳. خم کردن اندام در پاسخ به درد <input type="checkbox"/> ۴. دور کردن اندام از محرک دردناک <input type="checkbox"/> ۵. لوکالیزه کردن در پاسخ به درد <input type="checkbox"/> ۶. پاسخ مناسب به تحریک <input type="checkbox"/> (ب) بزرگسالان: ۱. بدون پاسخ حرکتی <input type="checkbox"/> ۲. باز کردن اندام در پاسخ به درد <input type="checkbox"/> ۳. خم کردن اندام در پاسخ به درد <input type="checkbox"/> ۴. دور کردن اندام از محرک دردناک <input type="checkbox"/> ۵. لوکالیزه کردن در پاسخ به درد <input type="checkbox"/> ۶. پاسخ مناسب به تحریک <input type="checkbox"/>

۱۹	GCS کل اولیه دپارتمان اورژانس یا بیمارستان:
۲۰	قد تخمینی در دپارتمان اورژانس یا بیمارستان (سانتی متر):
۲۱	وزن تخمینی در دپارتمان اورژانس یا بیمارستان (کیلوگرم):
۲۲	الکل: <input type="checkbox"/> ۱. خیر (بدون تست) <input type="checkbox"/> ۲. خیر (با تست) <input type="checkbox"/> ۳. بله (بدون تست) <input type="checkbox"/> ۴. بله (با تست)
۲۳	مصرف دارو: <input type="checkbox"/> ۱. خیر (بدون تست) <input type="checkbox"/> ۲. خیر (با تست) <input type="checkbox"/> ۳. بله (بدون تست) <input type="checkbox"/> ۴. بله (با تست)
۲۴	آیا بیمار داروی آرامبخش گرفته است؟ <input type="checkbox"/> ۱. بله <input type="checkbox"/> ۲. خیر    نوع دارو (پاسخ اختیاری است):
۲۵	اگر بیمار داروی خاصی مصرف می کرده است مشخص نمائید.
۲۶	شرایط و بیماری‌های همراه قبل از ورود به دپارتمان اورژانس یا بیمارستان: <input type="checkbox"/> ۱. اختلال خونریزی دهنده <input type="checkbox"/> ۲. ناهنجاری‌های مادرزادی <input type="checkbox"/> ۳. نارسایی احتقانی قلب <input type="checkbox"/> ۴. سیگاری <input type="checkbox"/> ۵. نارسایی مزمن کلیه <input type="checkbox"/> ۶. سکته مغزی (CVA) <input type="checkbox"/> ۷. دیابت قندی <input type="checkbox"/> ۸. سرطان منتشر <input type="checkbox"/> ۹. تاریخچه آنژین صدری طی ۳۰ روز <input type="checkbox"/> ۱۰. سابقه انفارکتوس میوکارد <input type="checkbox"/> ۱۱. تاریخچه بیماری عروق محیطی (PVD) <input type="checkbox"/> ۱۲. هیپرتانسیون <input type="checkbox"/> ۱۳. نارسایی (Prematurity) <input type="checkbox"/> ۱۴. بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) <input type="checkbox"/> ۱۵. استفاده از استروئید <input type="checkbox"/> ۱۶. سیروز <input type="checkbox"/> ۱۷. Dementia (دمانس) <input type="checkbox"/> ۱۸. بیماری روانی ماژور <input type="checkbox"/> ۱۹. اختلال مصرف دارو <input type="checkbox"/> ۲۰. ADD / ADHD <input type="checkbox"/> ۲۱. دریافت اخیر شیمی درمانی برای سرطان    Attention Deficit Disorder <input type="checkbox"/> ۲۲. الکل    Attention Deficit Hyperactivity Disorder <input type="checkbox"/> ۲۳. سایر، لطفاً توضیح دهید. <input type="checkbox"/> ۲۴. بیماری قبلی ندارد.

## ۵. اطلاعات شدت آسیب

۱	AIS PREDOT CODE (کد شش رقمی قبل از اعشار) منعکس کننده آسیب‌های بیمار: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
۲	شدت AIS: <input type="checkbox"/> ۱. آسیب جزئی <input type="checkbox"/> ۲. آسیب متوسط <input type="checkbox"/> ۳. آسیب جدی <input type="checkbox"/> ۴. آسیب شدید <input type="checkbox"/> ۵. آسیب بحرانی <input type="checkbox"/> ۶. حداکثر آسیب دیدگی <input type="checkbox"/> ۷. عدم امکان طبقه‌بندی
۳	ISS

## ۶. اطلاعات اقدامات عملی در بیمارستان

۱	<p><b>عمل جراحی:</b> ۱. دارد <input type="checkbox"/> ۲. ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت پاسخ مثبت، نام عمل جراحی با ذکر تاریخ، ساعت و کد ICD-10 باشد و نوع عمل جراحی توضیح داده شود.</p>
۲	<p><b>اقدامات عملی انجام شده در بیمارستان براساس ICD-10</b> (هر یک از عملیات زیر که برای بیمار انجام شده است با ذکر تاریخ و ساعت و کد ICD-10 باشد).</p> <p><b>• تصویربرداری تشخیصی و درمانی</b></p> <p>۱. مطالعات توموگرافی کامپیوتری <input type="checkbox"/> ۲. سونوگرافی تشخیصی شامل (FAST) <input type="checkbox"/> ۳. سونوگرافی داپلر اندام <input type="checkbox"/></p> <p>۴. آنژیوگرافی <input type="checkbox"/> ۵. آنژیوآمبولیزاسیون <input type="checkbox"/> ۶. اکوکاردیوگرافی <input type="checkbox"/></p> <p>۷. سیستوگرام <input type="checkbox"/> ۸. فیلتر IVC <input type="checkbox"/> ۹. یورتروگرام <input type="checkbox"/></p> <p><b>• ادراری تناسلی</b></p> <p>۱. سوند فولی <input type="checkbox"/> ۲. کاتتریزاسیون حالب (به عنوان مثال استنت حالب) <input type="checkbox"/> ۳. سیستوستومی سوپراپوبیک <input type="checkbox"/></p> <p><b>• تزریق خون</b> (محصولات خون باید در ۲۴ ساعت اول پس از ورود به بیمارستان تزریق شوند)</p> <p>۱. تزریق سلول‌های قرمز <input type="checkbox"/> ۲. تزریق پلاکت <input type="checkbox"/> ۳. تزریق پلاسما <input type="checkbox"/></p> <p><b>• تنفسی</b></p> <p>۱. کارگذاری لوله تراشه <input type="checkbox"/> ۲. تهویه مداوم مکانیکی <input type="checkbox"/> ۳. تیوب قفسه سینه <input type="checkbox"/></p> <p>۴. برونکوسکوپی <input type="checkbox"/> ۵. تراکتوستومی <input type="checkbox"/> ۶. کرایکوتیروئیدوتومی <input type="checkbox"/></p> <p><b>• قلب و عروق</b></p> <p>۱. کاتتر ورید مرکزی <input type="checkbox"/> ۲. کاتتر شریان ریوی <input type="checkbox"/> ۳. مانیتور برون ده قلبی <input type="checkbox"/></p> <p>۴. ماساژ قلبی باز <input type="checkbox"/> ۵. CPR <input type="checkbox"/></p> <p><b>• CNS</b></p> <p>۱. نصب مانیتور ICP <input type="checkbox"/> ۲. ونتریکولستومی <input type="checkbox"/> ۳. مانیتور اکسیژن مغزی <input type="checkbox"/></p> <p><b>• دستگاه گوارش</b></p> <p>۱. NG تیوب <input type="checkbox"/> ۲. آندوسکوپی (شامل گاستروسکوپی، سیگموئیدوسکوپی، کولونوسکوپی) <input type="checkbox"/></p> <p>۳. گاستروستومی / ژژنوستومی (پرکوتانئوس و یا از طریق آندوسکوپی) <input type="checkbox"/> ۴. پرکوتانئوس (آندوسکوپی) گاستروژنوستومی <input type="checkbox"/></p> <p><b>• اسکلتی عضلانی</b></p> <p>۱. بریدن بافت نرم / استخوان <input type="checkbox"/> ۲. جا اندازی بسته شکستگی <input type="checkbox"/> ۳. کشش اسکلتی <input type="checkbox"/> ۴. فاسیوتومی <input type="checkbox"/></p> <p><b>• سایر</b></p> <p>۱. اکسیژن هیپرباریک <input type="checkbox"/> ۲. اتاق کمپرسور <input type="checkbox"/> ۳. TPN <input type="checkbox"/> ۴. با ذکر نام توضیح داده شود. <input type="checkbox"/></p>

## ۷. اطلاعات پیامد بیمار

۱	کل مدت اقامت در ICU:
۲	کل روزهای استفاده شده از ونتیلاتور:
۳	تاریخ ترخیص بیمارستان: ...../...../.....
۴	زمان ترخیص بیمارستان: ..... : .....
۵	وضعیت ترخیص از بیمارستان:
	<p>۱. انتقال به یک بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/></p> <p>۲. ترخیص / انتقال به منزل <input type="checkbox"/></p> <p>۳. ترک مرکز <input type="checkbox"/></p> <p>۴. مرحوم / متوفی <input type="checkbox"/></p> <p>۵. ترخیص / انتقال به مرکز تسهیلات پرستاری (SNF) <input type="checkbox"/></p> <p>۶. ترخیص / انتقال به مرکز مراقبت <input type="checkbox"/></p> <p>۷. ترخیص / انتقال به دادگاه یا مرکز قانونی <input type="checkbox"/></p> <p>۸. ترخیص / انتقال به جاهای دیگر تعریف نشده <input type="checkbox"/></p>

## ۸. اطلاعات تضمین کیفیت

۱	عوارض بیمارستان: ۱. دارد <input type="checkbox"/> ۲. ندارد <input type="checkbox"/>
	<p>۱. آسیب حاد کلیه <input type="checkbox"/></p> <p>۲. سندرم دیسترس تنفسی بالغین (ARDS) <input type="checkbox"/></p> <p>۳. ایست قلب با احیا <input type="checkbox"/></p> <p>۴. زخم بستر <input type="checkbox"/></p> <p>۵. عفونت عمقی محل جراحی <input type="checkbox"/></p> <p>۶. سندرم قطع مصرف الکل یا دارو <input type="checkbox"/></p> <p>۷. ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) <input type="checkbox"/></p> <p>۸. سندرم کمپارتمان <input type="checkbox"/></p> <p>۹. انفارکتوس میوکارد <input type="checkbox"/></p> <p>۱۰. آمبولی ریه <input type="checkbox"/></p> <p>۱۱. CVA / سکته مغزی <input type="checkbox"/></p> <p>۱۲. عفونت سطحی محل جراحی <input type="checkbox"/></p> <p>۱۳. انتوباسیون برنامه‌ریزی نشده <input type="checkbox"/></p> <p>۱۴. استئومیلیت <input type="checkbox"/></p> <p>۱۵. بازگشت برنامه‌ریزی نشده به اتاق عمل <input type="checkbox"/></p> <p>۱۶. پذیرش برنامه‌ریزی نشده به ICU <input type="checkbox"/></p> <p>۱۷. سپسیس <input type="checkbox"/></p> <p>۱۸. عفونت ادراری مرتبط با کاتتر (CAUTI) <input type="checkbox"/></p> <p>۱۹. عفونت‌های مرتبط با جریان خون مرکزی (CLABSI) <input type="checkbox"/></p> <p>۲۰. پنومونی وابسته به ونتیلاتور (VAP) <input type="checkbox"/></p> <p>۲۱. سایر، لطفاً توضیح دهید. <input type="checkbox"/></p>



## ۹. اطلاعات تشخیصی

۱	کد علت خارجی اولیه براساس ICD-10 (دلیل اصلی پذیرش بیمار، مکانیسم وقوع آسیب براساس ICD-10):
۲	کد علت خارجی اضافی (در صورتی که چند کد علت خارجی برای توصیف رویداد آسیب مورد نیاز باشد):
۳	تشخیص آسیب (بر مبنای کد ICD-10): (در صورتی که بیش از یک تشخیص دارد به ترتیب اولویت ذکر شوند) (تشخیص بیماری) (Code Range S00-S99, T07, T14, T20-T28 and T30-T32)

## ۱۰. اطلاعات مالی

۱	روش پرداخت: ۱. بیمه پایه <input type="checkbox"/> ۲. نقدی <input type="checkbox"/> ۳. تصادفی <input type="checkbox"/> ۴. سایر (لطفاً توضیح دهید) <input type="checkbox"/>
۲	بیمه تکمیلی: ۱. دارد <input type="checkbox"/> ۲. ندارد <input type="checkbox"/>
۳	جمع کل هزینه‌ها: