

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان .....

شماره پرونده:

### فرم اقدامات انجام شده در خصوص مادر باردار پرخطر

نام خانوادگی:	نام:	بخش:	Ward:	زمان پذیرش ::
نام پدر:	تاریخ تولد:	اتاق:	Room:	زمان ترخیص:
		تخت:	Bed:	وضعیت ترخیص: مرگ <input type="checkbox"/> بهبودی <input type="checkbox"/> معلولیت <input type="checkbox"/>

نام و نام خانوادگی پزشک اعزام کننده : ..... نام و نام خانوادگی پزشک پذیرش دهنده : .....

درخواست تشکیل Team Work : بلی  خیر

زمان (های) تشکیل Team Work

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی پزشک	دستورات پزشک

نام و نام خانوادگی رابط سلامت مادران بیمارستان .....

تاریخ : ..... زمان : ..... امضاء :