

گزارش زخم فشاری

بخش گزارش دهنده :

شماره پرونده و کدبستری:

نام و نام خانوادگی بیمار :

پذیرش بیمار با زخم فشاری از: منزل سایر بیمارستانها سایر بخش

جدول مشخصات زخم فشاری

Sacrum <input type="checkbox"/>		(R) medial Malleolus <input type="checkbox"/>	(R) Foot <input type="checkbox"/>	(R) Hand <input type="checkbox"/>
Coccyx <input type="checkbox"/>		(L) medial Malleolus <input type="checkbox"/>	(L) Foot <input type="checkbox"/>	(L) Hand <input type="checkbox"/>
(R) Heel <input type="checkbox"/>		(R) Lateral Malleolus <input type="checkbox"/>	(R) Leg <input type="checkbox"/>	(R) Arm <input type="checkbox"/>
(L) Heel <input type="checkbox"/>		(L) Lateral Malleolus <input type="checkbox"/>	(L) Leg <input type="checkbox"/>	(L) Arm <input type="checkbox"/>
(R) Ischium <input type="checkbox"/>		(R) Shoulder <input type="checkbox"/>	(R) Ear <input type="checkbox"/>	Chest
(L) Ischium <input type="checkbox"/>		(L) Shoulder <input type="checkbox"/>	(L) Ear <input type="checkbox"/>	Abdomen
(R) Trochanter <input type="checkbox"/>		(R) Scapula <input type="checkbox"/>	(R) Elbow <input type="checkbox"/>	...
(L) Trochanter <input type="checkbox"/>		(L) Scapula <input type="checkbox"/>	(L) Elbow <input type="checkbox"/>	...
Back <input type="checkbox"/>		Occyput <input type="checkbox"/>	Nose <input type="checkbox"/>	...

محل زخم ها به تفکیک	اندازه (با خط کش اندازه گیری شود)	درجه	اندازه و رنگ ترشح	بافت غیر طبیعی بستر زخم (زرد یا سیاه)	جداشدگی لبه زخم	لیج افتادگی اطراف زخم
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

سایر توضیحات:

امضا و مهر پرستار گزارش دهنده :	تاریخ گزارش :
---------------------------------	---------------

امضاء و مهر کارشناس زخم یا سوپروایزور بالینی:	تاریخ :
---	---------

مهر بخش :

