



کد ثبت کننده:

زمان: :

تاریخ: / /

۱. اطلاعات دموگرافیک

۱	نام بیمار:	۲	نام خانوادگی بیمار:
۳	شماره پرونده بیمارستانی (کد پذیرش):	۴	شماره پرونده بستری:
۵	تابعیت: ۱. ایرانی ☐ ۲. غیر ایرانی ☐ کد ملی: در صورت ملیت غیر ایرانی نام کشور ذکر شود کد پاسپورت:		
۶	شهر محل تولد:		
۷	جنسیت: ۱. مرد ☐ ۲. زن ☐		
۸	وضعیت تأهل: ۱. متأهل ☐ ۲. مجرد ☐ ۳. طلاق گرفته ☐ ۴. همسر فوت شده ☐ ۵. نامشخص ☐		
۹	تحصیلات: ۱. بی سواد ☐ ۲. ابتدایی ☐ ۳. راهنمایی ☐ ۴. دبیرستان ☐ ۵. دیپلم ☐ ۶. کاردانی ☐ ۷. کارشناسی ☐ ۸. کارشناسی ارشد ☐ ۹. دکترای حرفه‌ای ☐ ۱۰. دکترای تخصصی ☐ ۱۱. نامشخص ☐		
۱۰	سنوات تحصیلی:		
۱۱	استان محل اقامت بیمار:		
۱۲	شهر یا روستای محل اقامت:		
۱۳	آدرس منزل:		
۱۴	آدرس محل کار:		
۱۵	شماره تماس منزل:	۱۶	شماره تماس محل کار:
۱۷	شماره تماس همراه:	۱۸	شماره تماس بستگان:

۲. اطلاعات مصدومیت

۱	تاریخ و زمان رخداد مصدومیت: : / /	۲	تاریخ تولد: / /
۳	سن بیمار هنگام مصدومیت: سال		
۴	سابقه بستری به علت تروما دارد؟: ۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ تعداد دفعات بستری به علت تروما:		
۵	تشخیص اولیه آسیب:		

۶	علت تروما: ۱. حوادث ترافیک جاده‌ای ☐ ۲. سایر تصادفات حمل و نقل (غیر جاده‌ای، قطار، هواپیما، کشتی) ☐ ۳. آسیب‌های غیر برنده (آوار، گیر کردن در دستگاه، چماق، ...) ☐ ۴. سقوط ☐ ۵. ضربه برنده (بریدگی، ...) ☐ ۶. حمله حیوانات (گاز، پنجه، شاخ، ...) ☐ ۷. غرق شدگی ☐ ۸. سوختگی مستقیم (سیگار، آتش، شعله) ☐ ۹. سوختگی غیرمستقیم (تماس با گرما، آب جوش) ☐ ۱۰. مسمومیت (استنشاقی، دارویی، مواد مخدر، غیره) ☐ ۱۱. خفگی (هر نوع توقف تنفسی) ☐ ۱۲. برق گرفتگی ☐ ۱۳. سلاح گرم ☐ ۱۴. مواجهه با موج انفجار ☐ ۱۵. نیش حیوانات ☐ ۱۶. عوامل ناشناخته ☐ ۱۷. سایر (لطفاً توضیح دهید) ☐	
۷	ارتفاع تقریبی سقوط به متر:	
اگر علت آسیب حادثه ترافیکی می‌باشد اطلاعات زیر را تکمیل فرمائید (سؤال ۱۲-۸):		
۸	موقعیت فرد آسیب دیده: ۱. عابر ☐ ۲. دوچرخه سوار ☐ ۳. موتورسوار ☐ ۴. سرنشین خودروی سواری ☐ ۵. سرنشین وانت ☐ ۶. سرنشین وسیله نقلیه سنگین ☐ ۷. سرنشین اتوبوس ☐	
۹	اگر موقعیت فرد غیرعابر است، نقش فرد آسیب دیده را انتخاب کنید. ۱. راننده ☐ ۲. مسافر ☐	
۱۰	نوع حادثه: ۱. برخورد (تصادف) ☐ ۲. واژگونی (چپ کردن) ☐	
۱۱	اگر نوع حادثه برخورد (تصادف) است، نوع شی مقابل را انتخاب کنید. ۱. عابر/حیوان ☐ ۲. دوچرخه ☐ ۳. موتورسیکلت ☐ ۴. سواری/وانت ☐ ۵. وسیله حمل و نقل سنگین ☐ ۶. قطار ☐ ۷. شیء ثابت ☐ ۸. نامشخص ☐	
۱۲	اگر فرد آسیب دیده سرنشین خودرو یا موتور/دوچرخه می‌باشد آیا در هنگام بروز حادثه از وسایل ایمنی متناسب استفاده شده بود؟ ۱. کمربند ایمنی ☐ ۲. صندلی کودک ☐ ۳. کیسه هوا ☐ ۴. کلاه ایمنی ☐ ۵. هیچکدام ☐	
۱۳	وضعیت شغل: ۱. شاغل ☐ ۲. بیکار ☐ ۳. محصل یا دانشجو ☐ ۴. دارای درآمد بدون کار ☐ ۵. بازنشسته ☐ ۶. از کارافتاده ☐ ۷. سرباز ☐ ۸. خانه دار ☐ ۹. کودک زیر ۶ سال ☐ ۱۰. نامشخص ☐	
۱۴	رده شغلی: ۱. کارفرما ☐ ۲. کاسب یا خویش فرما ☐ ۳. کارمند ☐ ۴. کارگر فنی ☐ ۵. کارگر ساده ☐	
۱۵	آیا آسیب عمدی بوده است؟ ۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نامشخص ☐ در صورت عمدی بودن آسیب، نوع آن را انتخاب کنید. ۱. درگیری/خسونت ☐ ۲. سوءاستفاده ☐ ۳. خودآزاری/خودکشی ☐ ۴. مداخلات قانونی ☐ ۵. تروریسم/جنگ ☐	
۱۶	بلايا: ۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ نوع بلايا: ۱. زلزله ☐ ۲. سیل ☐ ۳. آتش سوزی ☐ ۴. رانش زمین ☐ ۵. سقوط بهمن ☐ ۶. سونامی ☐ ۷. سایر (لطفاً توضیح دهید) ☐	
۱۷	فعالیت فرد در زمان حادثه: ۱. ورزشی ☐ ۲. تفریحی ☐ ۳. شغلی درآمدزا ☐ ۴. سایر (تحصیل، نظافت، ...) ☐ ۵. نامشخص ☐	
۱۸	مکان فرد در زمان حادثه: ۱. خانه ☐ ۲. مراکز اقامتی (خوابگاه، آسایشگاه، ندامتگاه) ☐ ۳. مدرسه، سایر مؤسسات و مناطق اداری-عمومی، مذهبی ☐ ۴. مکان‌های ورزشی ☐ ۵. خیابان، بزرگراه، پیاده‌رو، جاده ☐ ۶. مناطق خدماتی و تجاری ☐ ۷. مناطق ساخت و ساز و صنعتی ☐ ۸. مناطق کشاورزی، مزرعه، کشتزار ☐ ۹. سایر مکان‌های مشخص شده ☐ ۱۰. مکان نامشخص ☐	
۱۹	استان محل حادثه:	شهر / روستا محل حادثه:

۳. اطلاعات پیش بیمارستانی

۱	نحوه رسیدن بیمار به بیمارستان:	
	☐ ۱. آمبولانس زمینی ☐ ۲. هلی کوپتر آمبولانس ☐ ۳. وسیله خصوصی ☐ ۴. وسیله عمومی ☐ ۵. پیاده ☐ ۶. پلیس ☐ ۷. سایر (لطفاً توضیح داده شود)	
۲	دیگر وسایل نقلیه استفاده شده طی انتقال بیمار به غیر از وسیله‌ی مندرج در سؤال قبل:	
	☐ ۱. آمبولانس زمینی ☐ ۲. هلی کوپتر آمبولانس / انتقال هوایی ☐ ۳. وسیله خصوصی ☐ ۴. وسیله عمومی ☐ ۵. پیاده ☐ ۶. پلیس ☐ ۷. سایر (لطفاً توضیح داده شود)	
۳	انتقال بین مراکز (آیا بیمار از یک مرکز مراقبت حاد دیگر با آمبولانس به مرکز شما منتقل شده است؟):	
	☐ ۱. بله ☐ ۲. خیر در صورت پاسخ مثبت، محل ارجاع:	
۴	منبع اصلی اطلاع دهنده اطلاعات مربوط به شرح حادثه:	
	☐ ۱. خود بیمار ☐ ۲. همراه بیمار ☐ ۳. پلیس ☐ ۴. اورژانس پیش بیمارستانی ☐ ۵. پرونده	
۵	اگر بیمار انتقال بین مراکز داشته است، اطلاعات زیر را تکمیل نمایید.	
	(۱) مدت اقامت در اولین مرکز درمانی: (۲) علت ارجاع به بیمارستان فعلی:	
۶	تاریخ و زمان مطلع شدن اورژانس جهت اعزام آمبولانس:	
۷	فشار خون:	۸ نبض:
۹	تعداد تنفس:	۱۰ درصد اکسیژن اشباع شده:
۱۱	"GCS چشمی" اولیه بیمار (در صحنه حادثه):	۱۲ "GCS کلامی" اولیه بیمار (در صحنه حادثه):
۱۳	"GCS حرکتی" اولیه بیمار (در صحنه حادثه):	۱۴ GCS کل اولیه بیمار (در صحنه حادثه):
۱۵	ایست قلبی قبل از بیمارستان: ☐ ۱. بله ☐ ۲. خیر	۱۶ انجام اقدامات احیای قلبی ریوی: ☐ ۱. بله ☐ ۲. خیر
۱۷	انتوباسیون: ☐ ۱. بله ☐ ۲. خیر	۱۸ فیکساسیون: ☐ ۱. بله ☐ ۲. خیر
۱۹	تزریق خون: ☐ ۱. بله ☐ ۲. خیر	۲۰ تزریق مایعات: ☐ ۱. بله ☐ ۲. خیر
۲۱	تزریق دارو: ☐ ۱. بله ☐ ۲. خیر	
۲۲	تعداد مصدومین حادثه به غیر از خود فرد (تعداد به عدد ذکر شود):	

۴. اطلاعات بخش اورژانس

۱	تاریخ و زمان رسیدن به بخش اورژانس:	 / /
۲	تاریخ و زمان انتقال از بخش اورژانس:	 / /
۳	فاصله زمانی بین رخداد مصدومیت و رسیدن به بخش اورژانس:	روز: :

انتقال مصدوم از اورژانس به بخش بستری:		۴	
۱. آی سی یو ☐	۲. سی سی یو ☐	۳. ارولوژی ☐	۴. داخلی ☐
۵. نورولوژی ☐	۶. جراحی اعصاب ☐	۷. ارتوپدی ☐	۸. جراحی ☐
۹. اورژانس ☐	۱۰. گوش و حلق و بینی ☐	۱۱. چشم ☐	۱۲. اطفال ☐
۱۳. زنان ☐	۱۴. سوختگی ☐	۱۵. سایر (لطفاً توضیح دهید) ☐	
وضعیت علائم حیاتی بخش اورژانس / بیمارستان:			
۵	فشارخون سیستولیک اولیه بیمار در بخش اورژانس یا بیمارستان:	۶	نبض اولیه بیمار در بخش اورژانس یا بیمارستان:
۷	دمای اولیه بیمار در بخش اورژانس یا بیمارستان:	۸	تعداد تنفس اولیه بیمار در بخش اورژانس یا بیمارستان:
GCS اولیه بخش اورژانس / بیمارستان:			
۹	"GCS چشمی" اولیه بیمار در بخش اورژانس یا بیمارستان:	۱۰	"GCS کلامی" اولیه بیمار در بخش اورژانس یا بیمارستان:
۱۱	"GCS حرکتی" اولیه بیمار در بخش اورژانس یا بیمارستان:	۱۲	"GCS کل" اولیه بیمار در بخش اورژانس یا بیمارستان:
وضعیت تنفس اولیه بخش اورژانس / بیمارستان:			
۱۳	نیاز به دستگاه کمک تنفسی دارد؟ ۱. بله ☐ ۲. خیر ☐	۱۴	نیاز به اکسیژن دارد؟ ۱. بله ☐ ۲. خیر ☐
۱۵ درصد اشباع اکسیژن اولیه بیمار در بخش اورژانس یا بیمارستان:			
سوابق پزشکی:			
۱۶	قد تخمینی بیمار در بخش اورژانس یا بیمارستان (سانتی متر):	۱۷	وزن تخمینی بیمار در بخش اورژانس یا بیمارستان (کیلوگرم):
۱۸	مصرف الکل (قبل از حادثه): ۱. بله ☐ ۲. خیر ☐		
۱۹	مصرف مواد مخدر (قبل از حادثه): ۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ نوع ماده مخدر:		
۲۰	آیا بیمار داروی آرامبخش و خواب آور قبل از حادثه مصرف کرده است؟ ۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ نوع دارو:		
۲۱	اگر بیمار داروی خاصی مصرف می کرده است، مشخص نمایید.		
۲۲	بیماری ها و شرایط همراه قبل از ورود به بخش اورژانس یا بیمارستان دارد؟ ۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۱. بیماری عفونی و انگلی قطعی ☐ ۲. سرطان ☐ ۳. بیماری خونی یا سیستم ایمنی ☐ ۴. بیماری غدد و متابولیسم ☐ ۵. بیماری روانی، رفتاری ☐ ۶. بیماری سیستم عصبی ☐ ۷. بیماری چشم ☐ ۸. بیماری گوش ☐ ۹. بیماری های قلبی و سیستم گردش خون ☐ ۱۰. بیماری سیستم تنفسی ☐ ۱۱. بیماری سیستم گوارشی ☐ ۱۲. بیماری پوستی، جلدی ☐ ۱۳. بیماری اسکلتی عضلانی و بافت همبند ☐ ۱۴. بیماری سیستم ادراری تناسلی ☐ ۱۵. حاملگی و دوران زایمان ☐ ۱۶. شرایط بدو تولد و نوزادی ☐ ۱۷. اختلالات مادرزادی ☐		
۲۳	کدام یک از موارد زیر بطور مداوم مصرف می شده است؟ ۱. سیگار ☐ ۲. الکل ☐ ۳. مواد مخدر ☐ ۴. هیچ کدام ☐		

۵. اطلاعات اقدامات عملی در بیمارستان

۱	آیا بیمار عمل جراحی شده است؟	بله ☐ خیر ☐
۲	هر اقدام جراحی و غیر جراحی برای تشخیص، ثابت سازی و درمان انجام شده در بیمارستان (هر یک از عملیات زیر که برای بیمار انجام شده است با ذکر تاریخ و ساعت باشد):	

اگر اقدام تصویربرداری تشخیصی و درمانی برای بیمار انجام شده، لطفاً انتخاب نمائید (با ذکر تاریخ و زمان)	
☐	رادیوگرافی
☐	سونوگرافی
☐	اکوکاردیوگرافی
☐	سیتی اسکن (با یا بدون تزریق؛ اسپیرال؛ سیتی آنژیوگرافی)
☐	MRI (با یا بدون تزریق؛ MR آنژیوگرافی)
☐	اسکن هسته‌ای
☐	آنژیوگرافی (یا ونوگرافی؛ آنژیوگرافی دیجیتال)
☐	آنژیوآمبولیزاسیون
☐	فیلتر IVC
اگر اقدام تزریق خون برای بیمار انجام شده، لطفاً انتخاب نمائید (با ذکر تاریخ و زمان)	
☐	تزریق سلول‌های قرمز
☐	تزریق پلاکت
☐	تزریق پلاسما
اگر اقدام مجموعه‌ای برای بیمار انجام شده، لطفاً انتخاب نمائید (با ذکر تاریخ و زمان)	
☐	کرانیوتومی
☐	کرانیواستتوپلاستی
اگر اقدام سیستم عصبی برای بیمار انجام شده، لطفاً انتخاب نمائید (با ذکر تاریخ و زمان)	
☐	برداشت بافت مغزی
☐	نصب مانیتور ICP
☐	ونتریکولستومی
☐	مانیتور اکسیژن مغزی
☐	ترمیم نخاع
☐	پونکسیون لومبار (LP) / Spinal Tap
☐	ترمیم Cerebral Meninges
☐	نوروپلاستی
☐	الکتروانسفالوگرافی (EEG)
☐	ترمیم اعصاب محیطی
اگر اقدام تنفسی برای بیمار انجام شده، لطفاً انتخاب نمائید (با ذکر تاریخ و زمان)	
☐	کارگذاری لوله تراشه (کافدار یا فنردار)
☐	تهویه مداوم مکانیکی
☐	تیوب قفسه سینه
☐	برونکوسکوپی
☐	تراکئوستومی
☐	کرایکوتیروئیدوتومی
☐	ترمیم ریه، پلور
☐	Tap یا تخلیه مایع پلور
☐	اکسیژن (ماسک یا نازل)
☐	فیزیوتراپی تنفسی
☐	Air Way
☐	اسپیرومتری

اگر اقدام قلب و عروق برای بیمار انجام شده، لطفاً انتخاب نمائید (با ذکر تاریخ و زمان)	
☐	الکتروکاردیوگرافی (ECG)
☐	کاتتر ورید مرکزی
☐	کاتتر شریان ریوی
☐	مانیتور برون ده قلبی
☐	ماساژ قلبی باز
☐	عمیات احیا قلبی - ریوی (CPR)
☐	تست ورزش
☐	ترمیم عروق (آرتروپلاستی)
اگر اقدام دستگاه گوارش برای بیمار انجام شده، لطفاً انتخاب نمائید (با ذکر تاریخ و زمان)	
☐	NG / OG تیوب
☐	آندوسکوپی (آندوسکوپی دهانی، گاستروسکوپی، سیگموئیدوسکوپی، کولونوسکوپی؛ تشخیصی یا درمانی)
☐	گاستروسکومی / ژژونوستومی (پروکتانوس و یا از طریق آندوسکوپیک)
☐	پروکتانوس (آندوسکوپیک) گاستروژژونوستومی
اگر اقدام ارگان‌های داخلی برای بیمار انجام شده، لطفاً انتخاب نمائید (با ذکر تاریخ و زمان)	
☐	ترمیم دیافراگم
☐	ترمیم مری
☐	ترمیم معده
☐	ترمیم کبد
☐	ترمیم طحال
☐	ترمیم پانکراس
☐	ترمیم روده‌ها
☐	ترمیم کلیه
☐	ترمیم اومنتوم
☐	ترمیم هرنی
☐	ترمیم رحم، تخمدان، لوله‌ها
☐	تخلیه مایع پلور یا صفاق
☐	لاپاراتومی
☐	لاپاراسکوپی
☐	آپاندکتومی
اگر اقدام اسکلتی عضلانی برای بیمار انجام شده، لطفاً انتخاب نمائید (با ذکر تاریخ و زمان)	
☐	دبریدمان بافت نرم / استخوان
☐	ترمیم عضله
☐	سوچور پوست و زیر جلد
☐	خارج کردن جسم خارجی
☐	گرفت استخوان / ترمیم استخوان
☐	گرفت بافت نرم / جراحی پلاستیک
☐	فاشیوتومی / آزادسازی سندرم کمپارتمان یا اسکار
☐	ترمیم تاندون / لیگامان
☐	کشش (اسکلتی یا پوستی)
☐	جا اندازی بسته شکستگی و در رفتگی

☐	جا اندازی باز شکستگی و در رفتگی ☐
☐	فیکساسیون داخلی یا خارجی ☐
☐	آرتروتومی / آرتروپلاستی ☐
☐	ترمیم ستون فقرات و دیسک بین مهره‌ای / لامینکتومی ☐
☐	گچ / آتل ☐
☐	بانداز زخم ☐
☐	آمیوتاسیون ☐
☐	نوار عصب و عضله (EMG/NCV) ☐
☐	فیزیوتراپی اندام‌ها / Manipulative Treatment ☐
اگر اقدام ادراری تناسلی برای بیمار انجام شده، لطفاً انتخاب نمائید (با ذکر تاریخ و زمان)	
☐	سونداژ ☐
☐	کاتتریزاسیون حالب (به عنوان مثال استنت حالب) ☐
☐	سیستوستومی سوپراپوبیک ☐
☐	دیالیز ☐
☐	ترمیم و سایر اقدامات ارولوژی ☐
اگر سایر اقدامات برای بیمار انجام شده، لطفاً انتخاب نمائید (با ذکر تاریخ و زمان)	
☐	اکسیژن هیپرباریک ☐
☐	اتاق ایزوله ☐
☐	Total Parenteral Nutrition (TPN) ☐
☐	سایر ☐

۶. اطلاعات تشخیصی

۱	علت خارجی آسیب را انتخاب نمائید. (براساس کد ICD-10)
۲	تشخیص نهایی آسیب را انتخاب نمائید. (براساس کد ICD-10)

۷. اطلاعات پیامد بیمار

۱	کل مدت اقامت در ICU:
۲	آیا بیمار تحت ونتیلاتور قرار گرفته است؟ بله ☐ خیر ☐
۳	وضعیت ترخیص از بیمارستان: ۱. انتقال به بیمارستان دیگر ☐ ۲. انتقال به منزل (بهبودی کامل / بهبودی نسبی) ☐ ۳. ترخیص با میل شخصی ☐ ۴. ترک مرکز بدون اطلاع ☐ ۵. ترخیص / انتقال به مرکز مراقبت ☐ ۶. ترخیص / انتقال به مرکز قانونی ☐ ۷. فوت ☐
۴	تاریخ و زمان رسیدن به بخش اورژانس: / /
۵	تاریخ و زمان ترخیص از بیمارستان: / /

۶	مدت زمان بستری در بیمارستان (از زمان رسیدن به اورژانس تا ترخیص): روز: : :
۷	روش پرداخت: ۱. بیمه پایه ☐ ۲. نقدی ☐ ۳. تصادفی ☐ ۴. اتباع خارجی ☐ ۵. سایر ☐
۸	بیمه تکمیلی دارد؟ ۱. بله ☐ ۲. خیر ☐
۹	جمع کل هزینه‌ها:

۸. اطلاعات شدت آسیب

۱	AIS PREDOT CODE (کد شش رقمی قبل از اعشار) منعکس کننده آسیب‌های بیمار:
۲	شدت آسیب (AIS): ۱. آسیب جزئی ☐ ۲. آسیب متوسط ☐ ۳. آسیب جدی ☐ ۴. آسیب شدید ☐ ۵. آسیب بحرانی ☐ ۶. حداکثر آسیب دیدگی ☐ ۹. نامشخص ☐
۳	ISS: