وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: **دانشگاه علوم پزشکی:**

Medical Center: **مرکز پزشکی آموزشی درمانی:**

سطح تریاژ بیمار
Patient Triage level

شماره پرونده: Record No:

فرم تریاژ بخش اورژانس بیمارستان

HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE FORM

Date of Arrival: تاریخ مراجعه: Time of Arrival: ساعت مراجعه:	**Sex:** جنس: F ☐ مونث M ☐ مذکر	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Pregnant: No ☐ خیر Yes ☐ بلی باردار:		Date of Birth: تاریخ تولد:	National Code: کد ملی:

Arrival Mode: نحوه مراجعه:

Other ☐ سایر Air Ambulance ☐ امداد هوایی By Her Own ☐ شخصی Private Ambulance ☐ آمبولانس خصوصی EMS ☐ آمبولانس ۱۱۵

Patient Presence in ED in 24 Past Hours: مراجعه بیمار در ۲۴ ساعت گذشته به اورژانس:
☐ خیر NO ☐ بیمارستان دیگر ..... Other Hospital ☐ همین بیمارستان This Hospital

Chief Complaint: شکایت اصلی بیمار:

History of Drug and Food Allergy: سابقه حساسیت دارویی و غذایی:

Triage level 1 بیماران سطح ۱ (شرایط تهدید کننده حیات).....

سطح هوشیاری بیمار (سیستم AVPU):
Alert (**A**) ☐ هوشیار Verbal (**V**) ☐ پاسخ کلامی Pain (**P**) ☐ پاسخ به درد Unresponsive (**U**) ☐ بدون پاسخ

مخاطره راه هوایی: ☐ Airway Disorder	دیسترس تنفس : ☐ Respiratory Distress	سیانوز: ☐ Cyanosis	علائم شوک: ☐ Sign of Shock	اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد: ☐ SpO_2<90

Triage level 2 بیماران سطح ۲.....

شرایط پرخطر: ☐ High Risk Condition	لتارژی و خواب آلودگی: ☐ Lethargy & Drowsy	دیسترس شدید: ☐ Severe Distress	درد: $\frac{}{10}$ Pain

سابقه پزشکی: Medical history سابقه دارویی: drug history

علائم حیاتی*: Vital sign:

فشار خون: BP $_{cmH2O}$: تعداد ضربان: PR/min: تنفس: RR/min: دمای بدن: T ^{0C}: درصد اشباع اکسیژن: SpO_2%:

- ثبت علایم حیاتی برای بیماران سطح ۲ با تشخیص پرستار تریاژ و به شرط عدم تاخیر در رسیدگی به بیماران با شرایط پر خطر

Triage level 3 بیماران سطح ۳.....

تعداد تسهیلات مورد نیاز در اورژانس: دو مورد و بیشتر ☐ Two & More Number of Required Resources in Emergency

علائم حیاتی: Vital sign:

فشار خون: BP $_{mmH2O}$: تعداد ضربان: PR/min: تنفس: RR/min: دمای بدن: T ^{0C}: درصد اشباع اکسیژن: SpO_2%:

Triage level 4&5 بیماران سطح ۴ و ۵.....

تعداد تسهیلات مورد نیاز در اورژانس یک مورد ☐ One Item هیچ ☐ None Number of Required Resources in Emergency

سطح تریاژ بیمار: ۵ ☐ ۴ ☐ ۳ ☐ ۲ ☐ ۱ ☐ Patient Triage level:

جداسازی بیمار و احتیاطات بیشتر کنترل عفونت
Patient Isolation and Higher level of Precautions
تماسی ☐ Contact قطره ای ☐ Droplet تنفسی ☐ Airborne نیاز ندارد ☐ No Need to Isolate

ارجاع به: سرپایی ☐ Fast track احیا ☐ CPR فضای بستری ☐ Inpatient Area سایر ☐ Other Refer to :

ساعت و تاریخ ارجاع: ..... Date & Time of Referral: .....

نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار تریاژ: ..... Triage Nurse's Name/Signature/Stamp: .....

این صفحه فرم صرفا توسط پرستار تریاژ تکمیل می گردد.

IR.MOHHIM-9812-1.0-E01

شرح حال و دستورات پزشک: Medical history & Physician Order:

تشخیص: Diagnosis:

تاریخ و ساعت ویزیت Visit Date & Time: نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک: Physician’s ame/Signature/Stamp:

گزارش پرستاری: Nursing Report:

ساعت و تاریخ گزارش Report Date & Time: نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار Nurse’s Name/Signature/Stamp:

بیمار در تاریخ..... و ساعت .....

- مرخص گردید.
- در بخش..... بستری گردید.
- به درمانگاه ..... همین مرکز ارجاع شد.
- به بیمارستان..... اعزام گردید.

اجازه معالجه و عمل جراحی

اینجانب.....بیمار / ولی بیمار، ساکن.....اجازه می دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان ..... هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب / بیمار اینجانب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله برائت پزشکان و کارکنان این بیمارستان را ازکلیه عوارض احتمالی اقدامات فوق که در مورد اینجانب/ بیمار اینجانب انجام دهند اعلام می دارم.

نام و امضای بیمار/ همراه بیمار: .....

نام شاهد ۱).....تاریخ..... امضا.....

نام شاهد ۲)..... تاریخ..... امضا.....

ترخیص با میل شخصی

اینجانب..... با میل شخصی خود و برخلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان ..... ، این مرکز را با در نظر داشتن عواقب و خطرات احتمالی ترک می نمایم و اعلام می دارم که هیچ مسئولیتی متوجه مسئولان، پزشکان و کارکنان این مرکز نخواهد بود.

نام و امضای بیمار..... نام و امضای یکی از بستگان درجه اول بیمار.....

نام شاهد ۱)..... تاریخ..... امضا.....

نام شاهد ۲)..... تاریخ..... امضا.....

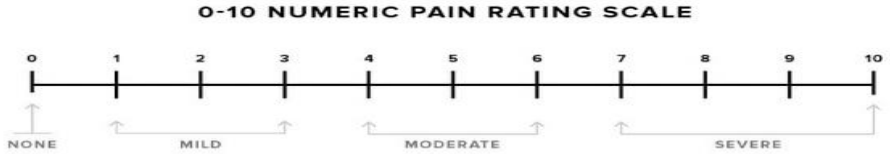
بسمه تعالی

دستور العمل تکمیل فرم تریاژ اورژانس بیمارستانی

- در ابتدای فرم اطلاعات هویتی و مراجعه بیمار تکمیل می گردد.
- در قسمت دوم نحوه مراجعه بیمار شامل: آمبولانس ۱۱۵، خصوصی، وسیله شخصی، امداد هوایی و یا سایر موارد ثبت گردند.
- در قسمت مراجعه بیمار در ۲۴ ساعت گذشته به اورژانس، در صورتی که بیمار مراجعه قبلی داشته است مشخص گردد که این مراجعه به همین بیمارستان بوده است یا یک بیمارستان دیگر، و نام بیمارستان ذکر گردد.
- در قسمت شکایت اصلی بیمار ، علت مراجعه بیمار به بخش اورژانس (Chief complaint) را سوال نموده در محل مناسب درج نماید.
- در خصوص سابقه حساسیت دارویی و غذایی احتمالی در بیمار، فرد تریاژ کننده با پرسش از بیمار یا همراهانش این بخش را تکمیل نماید.
- در قسمت بعد که مربوط به بیماران دارای شرایط تهدید کننده حیات است، فرد تریاژ کننده ابتدا با بررسی سطح هوشیاری بیمار با سیستم AVPU، یکی از حروف لاتین (A-V-P-U) انتخاب می شود. طبعا بیماران با سطح هوشیاری پایین (عموما P و U) به عنوان سطح یک تریاژ دسته بندی خواهند شد. اگر بیماری بر اساس سطح هوشیاری در سطح یک قرار نگیرد، باید از جهت وجود یا عدم وجود سایر مواردی که در این بخش ذکر شده است شامل: مخاطره راه هوایی، سیانوز، علایم بالینی شوک و همچنین دیسترس تنفسی و پالس اکسی متری، مورد بررسی قرار گیرد و در صورت وجود این علایم یا پالس اکسی متری زیر ۹۰ درصد در سطح یک قرار گیرد. لازم به ذکر است ثبت سطح هوشیاری با سیستم AVPU و انجام پالس اکسی متری و ثبت آن در فرم تریاژ، برای بیماران مراجعه کننده به بخش های اورژانس با هر سطح تریاژ الزامی است.

  اگر بیمار در سطح یک تریاژ قرار گرفت، فرد تریاژ کننده بیمار را به محل انجام اقدامات احیا **منتقل** و بلافاصله پزشک اورژانس را بر بالین وی فرا خواند. سپس با علامتگذاری سطح یک در قسمت تعیین سطح تریاژ در پایین فرم و تعیین محل ارجاع بیمار و ثبت نام و امضای خود نسبت به تکمیل فرم اقدام می نماید. در بیماران سطح یک نیازی به پرکردن قسمت های ویژه سطوح ۲، ۳، ۴ و ۵ نمی باشد .
- در صورتی که فرد تریاژ کننده با بررسی های انجام شده به این نتیجه رسید که بیمار نیاز به اقدامات نجات دهنده حیات ندارد (یعنی سطح یک نیست) باید به بررسی مواردی که ممکن است بیمار را در سطح دو تریاژ قرار دهد بپردازد. یعنی بررسی کند که آیا وضعیت پر خطری بیمار را تهدید می کند یا بیمار در وضعیت کنفوزیون، لتارژی یا دیس اریتناسیون قرار دارد، بیمار دیسترس شدید (روان) دارد و بالاخره اینکه آیا بیمار درد را در الگوی VAS (مطابق شکل زیر) و طبق معیارهای گفته شده در بحث ESI تجربه می کند یا خیر؟

مقیاس عددی سطح بندی درد (NRS)



لذا در این بخش وجود هر یک از موارد فوق را علامتگذاری نموده و با تعیین سطح دو تریاژ برای این بیمار، پس از ثبت:

- سوابق مهم پزشکی بیمار از جمله بیماری های قلبی عروقی، کلیوی، پرفشاری خون، دیابت، نقص ایمنی و مواردی از این دست
- ثبت دقیق سابقه مصرف داروهای مهمی مانند داروهای قلبی، دیابتی، مهارکننده ایمنی و کورتیکوستروییدها، وارفارین و ....
- و ثبت علایم حیاتی بیمار شامل: فشارخون، ضربان قلب، تعداد تنفس، دمای بدن و درصد اشباع اکسیژن

بدون تکمیل قسمت های ویژه سطوح ۳، ۴ و ۵، و با علامتگذاری سطح دو در پایین فرم و تعیین محل ارجاع بیمار و ثبت نام و امضای خود ، بیمار را به محل انجام معاینات بیماران سطح دو **ارجاع** و در اولین فرصت پزشک اورژانس را بر بالین وی فرامی خواند.

- فرد تریاژ کننده موظف است پس از آنکه مطمئن شد بیمار وارد شده به اتاق تریاژ بر اساس تریاژ ESI در سطوح یک و دو قرار ندارد با تخمین تعداد تسهیلات احتمالی مورد نیاز برای بیمار ، وی را در سطوح سه، چهار و یا پنج قرار دهد. پس از آنکه مشخص شد که بیمار احتمالا به دو یا تعداد بیشتری از تسهیلات اورژانس نیازمند است باید طبق الگوریتم، علایم حیاتی وی با دقت اندازه گیری و ثبت شود و در صورت قرار گرفتن بیمار در محدوده خطر، وی را به جای قرار دادن در سطح سه، در سطح دو دسته بندی کند. اگر همین بیمار در محدوده خطر علایم حیاتی قرار نداشت، با علامتگذاری سطح سه در پایین فرم و تعیین محل ارجاع بیمار و ثبت نام و امضای خود، وی را به محل مقرر ارجاع دهد.
- اگر بیماری بر اساس تریاژ ESI فقط به یک مورد تسهیلات نیاز داشت (یعنی سطح ۴) یا به تسهیلات اورژانس نیاز نداشت (یعنی سطح ۵)، تریاژ کننده موظف است با علامتگذاری لازم در قسمت بیماران سطوح ۴ و ۵ و تعیین سطح تریاژ، و تعیین محل ارجاع وی و همچنین ثبت نام و امضای خود، بیمار را در نوبت قرار داده یا برای ویزیت ارجاع دهد.
- در قسمت پایین فرم همانطور که در بخش های قبلی نیز توضیح داده شد، سطح تریاژ بیمار باید مشخص شود و شماره سطح تعیین شده در گوشه سمت چپ بالای فرم درج گردد. همچنین در صورت لزوم به جداسازی بیمار و اختیاطات بیشتر کنترل عفونت، نوع ایزولاسیون بیمار و احتیاطات استاندارد آن تعیین می شود و در قسمت مربوطه علامت گذاری میشود. احتیاطات مبتنی بر روش انتقال که شامل احتیاطات تماسی، قطره ای و تنفسی است پس از ارزیابی خطر و تعیین نوع مخاطرات احتمالی بیمار اجرا شود و در ارائه خدمات برای تمامی بیماران بایستی رعایت گردد. در ادامه محل ارجاع بیمار در اورژانس مشخص می گردد و در نهایت پس از ثبت تاریخ و ساعت ارجاع بیمار در قسمت زیرین فرم و ثبت امضا و نام فرد تریاژکننده، تریاژ بیمار به انجام می رسد.
- در پایان، ذکر این نکته ضروری است که در صورتی که به علت ازدحام اورژانس به ناچار برخی از بیماران سطوح سه، چهار یا پنج در اتاق انتظار در نوبت ویزیت و یا ورود به بخش اورژانس هستند، پرستار واحد تریاژ موظف است تا زمانی که بیماران در اتاق انتظار حضور دارند و قبل از ارجاع به بخش مورد نظر و ویزیت پزشک، در بازه های زمانی مشخص بیماران را مجدد ویزیت نماید و با تریاژ مجدد (Re-triage) و در صورت لزوم با تغییر سطح تریاژ بیماران در انتظار، از بروز عواقب ناخواسته احتمالی برای ایشان پیشگیری نماید.

راهنمای تکمیل پشت فرم تریاژ

در پشت این فرم چهار قسمت به شرح زیر پیش بینی گردیده است.

- قسمت های شرح حال و دستورات پزشک، و گزارش پرستاری در صورتی تکمیل می گردد که در موارد الزام به تشکیل پرونده، به هر دلیلی پرونده برای بیمار تشکیل نگردد و یا در موارد غیر الزام به تشکیل پرونده مانند بیماران سطح ۵ تریاژ، نکات مورد نظر ارائه دهنده خدمت در این قسمت ثبت می گردد.
- قسمت اجازه معالجه و عمل جراحی در موارد مذکور در بند فوق و یا مواردی تکمیل می گردد که بیمار از دریافت کامل و یا بخشی از اقدامات و خدمات تجویز شده امتناع می نماید. به عنوان مثال بیمار از انجام قسمتی از پاراکلینیک درخواستی رضایت نداشته و عملا فرایند تشخیص و درمان را ناقص می گذارد.
- قسمت ترخیص با میل شخصی در مواردی تکمیل می گردد که بیمار از ادامه درمان انصراف داده و درخواست ترخیص دارد.