وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

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

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

Unit No: شماره پرونده:

برگ فوت (بیماران قلبی)
DEATH SHEET

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

Pump tech: تکنسین مسئول پمپ:	Anesthetist: پزشک بیهوشی مسئول:	Surgeon: جراح مسئول:	Attending physician: پزشک داخلی مسئول:
Anes. Tech: تکنسین بیهوشی:	SCR Nurse: پرستار مسئول:	Assistant Surg: دستیار جراحی مسئول:	Assistant Attend. phy: دستیار داخلی مسئول:

Diagnosis: تشخیص بیماری:

Other diseases: بیماریهای همراه:

Angioplasty ☐ آنژیوپلاستی	Catheterism (L & R) ☐ کاتتریسم راست و چپ	Coronary Angiography ☐ آنژیوگرافی کرونر	تاریخ: Date:
Aorta valvoplasty ☐ والووپلاستی آئورت	Pulmonary valvoplasty ☐ والووپلاستی پولمونر	Mitral Valvoplasty ☐ والووپلاستی میترال	

☐ ASD	☐ PMVC	☐ CMVC	☐ CABG	تاریخ: Date:
☐ PDA	☐ AVR	☐ MVR	☐ VSD	
	☐ Coarctation	☐ TOF	☐ TVR	
☐ Shunt	☐ Fontan	☐ Pericardectomy		

Cause of Death: علت مرگ:

Medical Procedure: اقدامات پزشکی انجام شده:

Remarks: ملاحظات:

Name & Signature of Chief Nurse: نام و امضاء پرستار مسئول بخش:	Name & Signature of Assistant: نام و امضاء دستیار: