



History		Consultations		Airway				
EF		Time	Consultant	Condition	No.Tube	Tube Fixation cm	Intube Date	Extube Date
CABG					E.T.T			
Angiography					E.T.T Repeat			
HTN					T.T			
DM								
CKD or RF								
COPD								
Smoke/Addict								
HLP								
Disability								
Allergy								
Weight								
BGroup								

Time	Pace		Vital Sign				Ventilation/O <sub>2</sub>				Blood Gas												
	Rate	Output	Type	T	PR	RR	BP	O <sub>2</sub> Sat	ART /MAP	CVP	Mod/in/ non-invasive	FIO <sub>2</sub>	TV	RR	PSV	PEEP	PH	PCO <sub>2</sub>	BE	HCO <sub>3</sub>	PO <sub>2</sub>	SaO <sub>2</sub>	
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
Total 6H																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
Total 6H																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
Total 12H																							
Total 24H																							

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت

IRMOHIDM-CI.0311



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
Ministry of Health & Medical Education  
دانشگاه علوم پزشکی  
مرکز پزشکی آموزش درمانی

**برگه بخش مراقبت های ویژه قلبی**  
**CCU Sheet**

نام پزشک معالج: \_\_\_\_\_ شماره پرونده: \_\_\_\_\_  
 نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_  
 نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_  
 نام پدر: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_ کد ملی: \_\_\_\_\_  
 تاریخ تولد: \_\_\_\_\_  
 تاریخ جراحی: \_\_\_\_\_  
 تاریخ بستری در CCU: \_\_\_\_\_  
 تاریخ جراحی: \_\_\_\_\_  
 تاریخ بستری در CCU: \_\_\_\_\_  
 تاریخ جراحی: \_\_\_\_\_

Unit No: \_\_\_\_\_  
 نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_  
 نام پدر: \_\_\_\_\_  
 نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_  
 نام پدر: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_  
 Operation Date: \_\_\_\_\_  
 Bed No: \_\_\_\_\_

Time	Intake					Output							
	Infusion 1	Infusion 2	Infusion 3	Infusion 4	Infusion 5	Blood Products	Nutrition	Vomit / Lavage	R. Chest. T	L. Chest. T	Drain	Urin	Stool
7													
8													
9													
10													
11													
12													
Total 6H													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
Total 6H													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
1													
2													
3													
4													
5													
6													
Total 12H													
Total 24H													

این فرمیت می بایست بصورت پشت و رو چاپ شود

Lesion / Wound / Sore / Scar  
 زخم فعال / غیر فعال:  ندارد  دارد

Scar/s Area(s): \_\_\_\_\_  
 Wound Severity: \_\_\_\_\_  
 Scar/s Size (cm x cm): \_\_\_\_\_  
 Exudate Amount: None  Mild  Moderate  Heavy

Treatment Plan: \_\_\_\_\_

Paraclinic  
 ECG  
 Echo  
 X-Ray  
 Sono  
 CT SCAN  
 EEG  
 Others

Routine Care  
 Mouth  
 Ear/Nose  
 Eye  
 Cuff  
 Foley  
 Dressing  
 Physiotherapy  
 Bath

M E N

Time	G.C.S			Lab Test																
	MR	VR	EO	Total G.C.S	BS	BUN	Cr	Na	K	Hb	Hct	PT	PTT	Plt	INR	Trop	CPK	Pro-BNP	Others	
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
Total 6H																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
Total 6H																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
Total 12H																				
Total 24H																				