

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

Time	Pace				Vital Sign				Ventilation/O ₂					Blood Gas											
	Rate bpm	Output	Sensitivity mv	Type PPM TPM ICD CRT	T	PR	RR	BP	O ₂ Sat	ART /MAP	CVP	Mod/in/non-invasive	FI _{O2}	TV	RR	PSV	PEEP	PH	PCO ₂	BE	HCO ₃	PO ₂	SaO ₂		
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																									



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

برگه بخش مراقبت‌های ویژه قلبی
CCU Sheet

شماره پرونده: _____
نام و نام خانوادگی: _____
نام پدر: _____
نام و نام خانوادگی: _____
نام پزشک معالج: _____
نام پزشک جراح: _____
تشخیص: _____

کد ملی: _____
تاریخ تولد: _____
بخش: _____
شماره تخت: _____
تاریخ: _____
تاریخ پذیرش در CCU: _____
روز بستری در CCU: _____
تاریخ جراحی: _____
National ID. No: _____
Date: _____
Ward: _____
Bed No: _____
Unit No: _____
Name & Family Name: _____
Father Name: _____
Date of Admission in CCU: _____
Date: _____
Operation Date: _____
Date: _____

Time	Intake					Output								
	Infusion 1	Infusion 2	Infusion 3	Infusion 4	Infusion 5	Blood Products	Nutrition Enteral/Parenteral/Oral	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														



زخم فعال / غیر فعال: ندارد دارد

Lesion / Wound / Sore / Scar

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

	M	E	N
Mouth			/
Ear/Nose			/
Eye			/
Cuff			
Foley			
Dressing			
Physiotherapy			
Bath			

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																										



