وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

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

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

شماره پرونده: **Unit No:**

فرم کنترل علائم حیاتی

VITAL SIGNS FORM

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

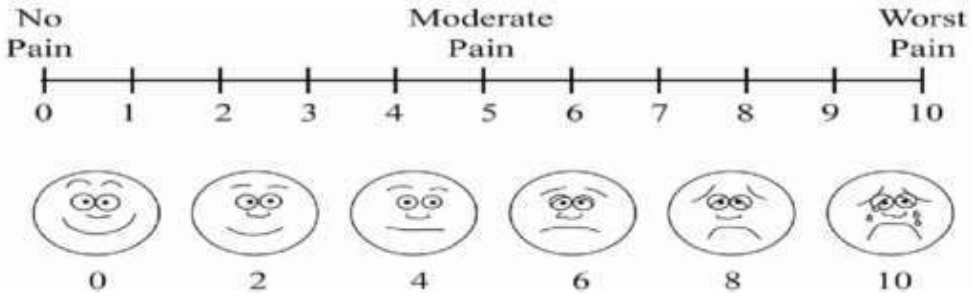
امضاء Signature	مشاهدات و ملاحظات Observation & Remarks	نمره درد Pain Score	فشار خون B.P	تنفس Resp.	نبض Pulse.	حرارت Temp.	ساعت Time	تاریخ Date

IR.MOHIM0501.Ne5V1

V1 این فرم به صورت پشت و رو چاپ شود

فرم کنترل علائم حیاتی

VITAL SIGNS FORM

امضاء Signature	مشاهدات و ملاحظات Observation & Remarks	نمره درد Pain Score	فشار خون B.P	تنفس Resp.	نبض Pulse.	حرارت Temp.	ساعت Time	تاریخ Date

✸ **بدون درد=۰ درد خفیف=۲ درد متوسط=٤ درد شدید =٦ درد بسیار شدید=۸ درد غیرقابل تحمل=۱۰**