وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

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

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

فرم جذب و دفع مایعات

FLUID BALANCE CHART (24 HOURS) FORM

Unit No: شماره پرونده:

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's Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

Output دفع					Intake جذب										Date تاریخ
نام و نام خانوادگی امضا	ترشحات مختلف Other Secretion	استفراغ Vomit	مدفوع Stool	ادرار Urine	راه‌های دیگر Other Ways	پرنترال				خون و فراورده‌های خونی	انترال			PO	Time ساعت
						سایر	Port	IVLine	CVLine		سایر	OGT	NGT		
															جمع ۶ ساعته 6 Hr.Total
															جمع ۱۲ ساعته 12 Hr.Total
															جمع ۱۲ ساعته 12 Hr.Total
															جمع ۲۴ ساعته 24 Hr.Total

فرم جذب و دفع مایعات

FLUID BALANCE CHART (24 HOURS) FORM

Output دفع					Intake جذب										Date تاریخ
نام و نام خانوادگی امضا	ترشحات مختلف Other Secretion	استفراغ Vomit	مدفوع Stool	ادرار Urine	راه‌های دیگر Other Ways	پرنترال				خون و فراورده‌های خونی	انترال			PO	Time ساعت
						سایر	Port	IVLine	CVLine		سایر	OGT	NGT		
															جمع ۶ ساعته 6 Hr.Total
															جمع ۱۲ ساعته 12 Hr.Total
															جمع ۱۲ ساعته 12 Hr.Total
															جمع ۲۴ ساعته 24 Hr.Total

امضای پرستار در پایان هر شیفت الزامی است.