

معاونت درمان



شماره: ۹۸/۵۸۰۲۰۶
تاریخ: ۱۳۹۸/۱۲/۰۹
پیوست: دارد

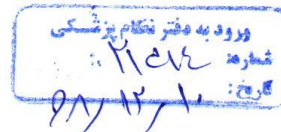
باسمه تعالی

جناب آقای دکتر علی بیرجندی نژاد
رئیس محترم سازمان نظام پزشکی مشهد

سلام علیکم

احتراماً، پیرو نامه شماره ۹۸/۵۸۰۲۰۶ مورخ ۹۸/۱۲/۸ لیست مراکز تعیین شده به عنوان سطح دو جهت اطلاع رسانی به پزشکان دارای مطب ارسال می گردد. خواهشمند است توجه لازم و کافی جهت کلیه پزشکان به منظور اطلاع از این مراکز و ارجاع بیماران مشکوک به کرونا بر اساس فلوجارت تعیین شده، به مراکز سطح دو پس از تکمیل فرم ارجاع سطح یک به دو (نمونه پیوست) انجام و از ارجاع مستقیم بیماران به سطح سه (که در حال حاضر بیمارستان شریعتی برای بالغین و بیمارستان اکبر برای اطفال زیر ۱۴ سال تعیین شده اند) خودداری شود. لازم به ذکر است بیماران مشکوک به کرونا که بدحال و نیازمند بستری فوری می باشند بایستی کمافی السابق با هماهنگی اورژانس ۱۱۵ به بیمارستانها اعزام گردند. ۷۵۲۵۶۷۴

دکتر شاپور بدیعی اول
معاون درمان و رئیس
کارگروه مراقبت و درمان دانشگاه

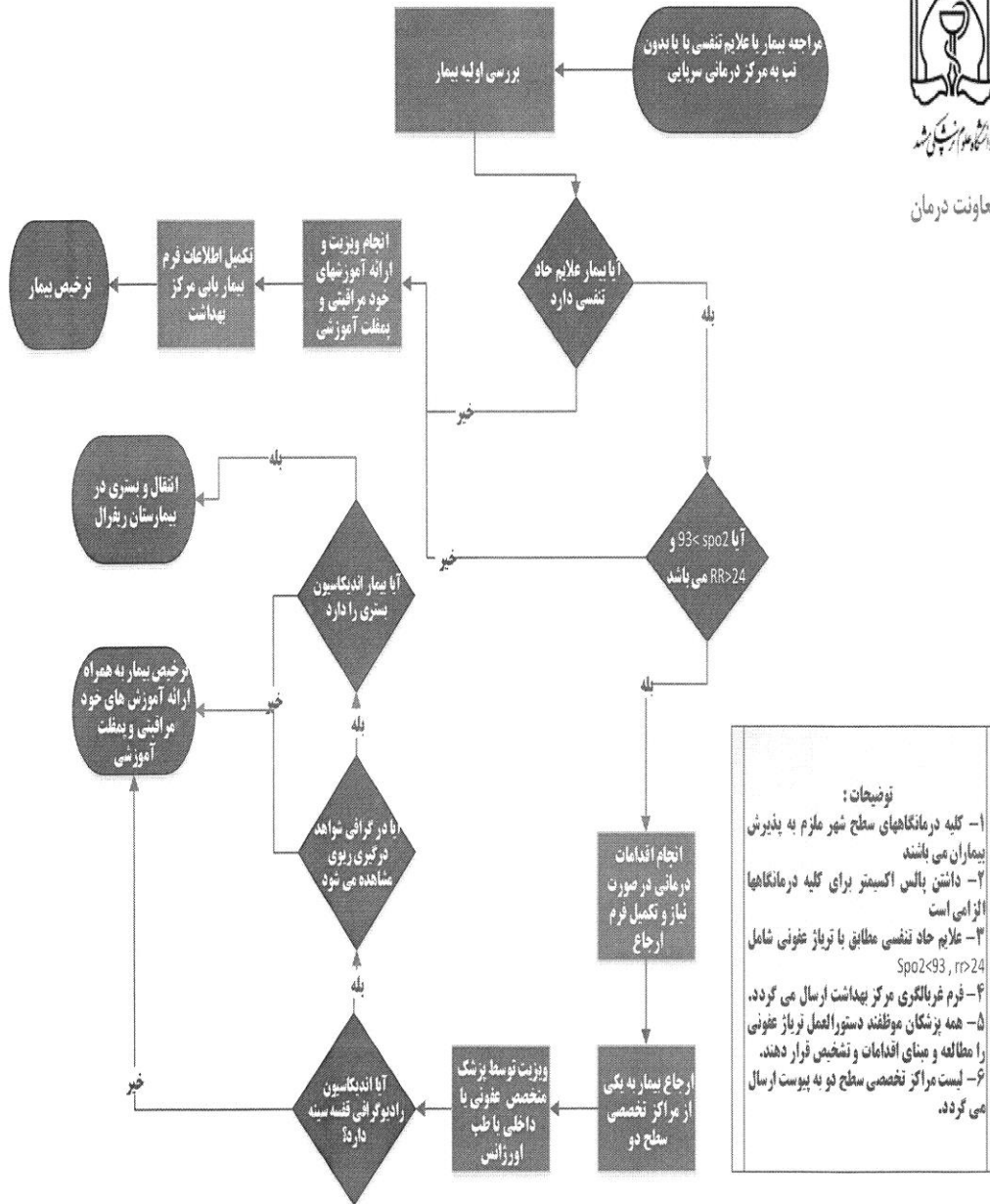


رونوشت:

- رئیس محترم دانشگاه جهت استحضار
- اعضاء محترم کارگروه مراقبت و درمان دانشگاه جهت اطلاع
- دبیر محترم کارگروه مراقبت و درمان دانشگاه جهت اطلاع
- دبیرخانه محترم کارگروه مراقبت و درمان دانشگاه
- مدیر محترم روابط عمومی دانشگاه



معاونت درمان



تاریخ:

نام بیمار:

شماره تماس:

آدرس:

نام پزشک:

فرم ارجاع بیماران حاد تنفسی

از: مرکز جامع خدمات سلامت/ درمانگاه:

به: بیمارستان:

بیمار: نام و نام خانوادگی:

سن: زن مرد

با علائم: تب: سرفه تنگی نفس

RR:

SPO2:

نام و نام خانوادگی پزشک

تاریخ:

نام بیمار:

شماره تماس:

آدرس:

نام پزشک:

فرم ارجاع بیماران حاد تنفسی

از: مرکز جامع خدمات سلامت/ درمانگاه:

به: بیمارستان:

بیمار: نام و نام خانوادگی:

سن: زن مرد

با علائم: تب: سرفه تنگی نفس

RR:

SPO2:

نام و نام خانوادگی پزشک

تاریخ:

نام بیمار:

شماره تماس:

آدرس:

نام پزشک:

فرم ارجاع بیماران حاد تنفسی

از: مرکز جامع خدمات سلامت/ درمانگاه:

به: بیمارستان:

بیمار: نام و نام خانوادگی:

سن: زن مرد

با علائم: تب: سرفه تنگی نفس

RR:

SPO2:

نام و نام خانوادگی پزشک

ردیف	نام و درمانگاه /بیمارستان	تلفن	آدرس
۱	بیمارستان طالقانی	۰۹۱۵۵۰۹۰۴۴۹ (آقای دکتر دهقان)	سه راه فردوسی - جاده قوچان
۲	بیمارستان امام سجاد	۰۹۱۵۲۶۳۳۲۶۳ (آقای پیرجاوید)	گلشهر شهید آوینی ۳۳
۳	کلینیک ویژه سیدی	۰۹۱۲۰۳۳۱۶۴۰ (آقای جهانی مهر)	سیدی بین صبای ۱۱ و ۱۳
۴	درمانگاه فدک	۰۹۱۵۵۰۷۵۳۳۱ (آقای دکتر نجاریان)	بلوار توس-نبش توس ۶۲
۵	درمانگاه شرکت نفت	۰۹۱۳۴۴۳۴۵۴۳ (آقای دکتر صالحی)	بلوار شهید صادقی-خیابان رز پلاک ۵ تلفن ثابت: ۳۷۲۶۶۰۴۱
۶	دارالشفاء امام رضا(ع)	۰۹۱۵۳۱۷۷۴۲۳ (آقای دکتر اخوان)	حرم مطهر رضوی دارالشفاء
۷	درمانگاه شریف	۳۸۵۹۱۷۷۶ (آقای دکتر شریفی)	خیابان بهار- خیابان شهید محمود صابری - روبروی سازمان پزشکی قانونی (روبروی اورژانس عدالتیان)
۸	درمانگاه شهید شوریده	۰۹۱۵۳۱۱۳۷۳۴ (آقای دکتر جعفری)	بلوار فردوسی حدواسط میدان جانباز و چهارراه مهدی تلفن ثابت: ۳۷۲۶۶۰۴۱
۹	درمانگاه ابا عبدالله الحسین	۰۹۱۵۱۱۶۳۷۶۲ (آقای دکتر ال یاسین)	خیابان خواجه ربیع بعداز چهارراه گاز جنب پمپ بنزین تلفن ثابت: ۳۲۷۳۳۲۱۸
۱۰	درمانگاه شهید چمران	۰۹۱۵۱۱۷۳۲۴۸ (آقای اولیانزاد)	بلوار معلم مقابل پمپ بنزین تلفن: ۳۶۰۸۷۷۰۱

<p style="text-align: center;">فرم ارجاع بیماران مشکوک به COVID-19 سطح ۲ به ۳</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>از بیمارستان/درمانگاه: _____</p> <p>به بیمارستان ریفرال: _____</p> <p>تاریخ ارجاع: _____ ساعت ارجاع: _____</p> <p>مشخصات بیمار: _____</p> <p>نام و نام خانوادگی: _____ سن: _____ جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/></p> <p>کد ملی: _____ تلفن: _____</p> <p>آدرس: _____</p> <p>علائم بیمار: _____ تب: <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> PR: _____ SPO2: _____</p> <p>گزارش CXR: _____</p> <p>بیماری زمینه ای: _____</p> <p>مهر و امضاء پزشک: _____</p>	<p>از بیمارستان/درمانگاه: _____</p> <p>به بیمارستان ریفرال: _____</p> <p>تاریخ: _____</p> <p>نام بیمار: _____</p> <p>شماره تماس: _____</p> <p>آدرس: _____</p> <p>نام پزشک: _____</p>
<p style="text-align: center;">فرم ارجاع بیماران مشکوک به COVID-19 سطح ۲ به ۳</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>از بیمارستان/درمانگاه: _____</p> <p>به بیمارستان ریفرال: _____</p> <p>تاریخ: _____</p> <p>نام بیمار: _____</p> <p>شماره تماس: _____</p> <p>آدرس: _____</p> <p>علائم بیمار: _____ تب: <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> PR: _____ SPO2: _____</p> <p>گزارش CXR: _____</p> <p>بیماری زمینه ای: _____</p> <p>مهر و امضاء پزشک: _____</p>	<p>از بیمارستان/درمانگاه: _____</p> <p>به بیمارستان ریفرال: _____</p> <p>تاریخ: _____</p> <p>نام بیمار: _____</p> <p>شماره تماس: _____</p> <p>آدرس: _____</p> <p>نام پزشک: _____</p>