

فرم پسخوراند	فرم ارجاع	ته برگ فرم ارجاع
شماره ته برگ فرم ارجاع:	شماره پرونده..... شماره ته برگ.....	نام و نام خانوادگی:
از پلی کلینیک/بیمارستان / مطب متخصص	تاریخ ارجاع/...../..... نوع ارجاع: فوری/غیر فوری	.....
به مرکز:	از مرکز:	سن:
همکار ارجمند سلام	به: پلی کلینیک/بیمارستان / مطب متخصص	شماره بیمه:
ضمن تشکر، بیمار با شماره بیمه در تاریخ/...../..... با وضعیت قید شده در فرم ارجاع در پلی کلینیک/بیمارستان / مطب متخصص پذیرش شد. پس از معاینه با تشخیص اقدامات لازم با نتیجه زیر برای وی انجام شد.	همکار ارجمند با سلام بیمار با نام و نام خانوادگی..... سن شماره بیمه:	علت ارجاع:
۱-..... ۲-.....	بیمار با نام و علائم	نوع ارجاع: فوری/غیر فوری
۳-..... ۴-.....	و با نشانه ها و علائم	ارجاع به:
۵-..... ۶-.....	عوامل خطر	تاریخ ارجاع:/...../.....
۷-..... ۸-.....	تست تشخیصی مثبت	شماره ته برگ:
از این رو لازم است نامبرده به شرح زیر مورد پیگیری قرار گیرد.	بیماری همراه .....	.....
۱.	داروهای تجویزی و مدت مصرف:	توجه: این ته برگ در مبدأ بایگانی می شود.
۲.	اقدامات انجام شده قبل از ارجاع:	نام و نام خانودگی ارجاع دهنده:
۳.	و تشخیص احتمالی: .....	.....
۴.	جهت بررسی و اقدام لازم به حضورتان معرفی می گردد. خواهشمند است پس از بررسی، نتیجه کار و نیاز به اقدامات درمانی با پیگیری را در برگ پسخوراند مرقوم کنید و آن را عودت دهید.	سمت ارجاع دهنده:
۵.	نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده: .....	.....
بیمار در تاریخ/...../..... با وضعیت فوق ترخیص / ارجاع به گردید.	سمت: امضاء.....	.....
نام و نام خانوادگی پسخوراند دهنده:	توجه: مدت اعتبار فرم ارجاع غیر فوری از تاریخ صدور ۱۴ روز می باشد.	.....
سمت: امضاء.....	.....	.....
تاریخ مراجعه بعدی: ...../...../.....	.....	.....