

ტრიაჟის ფორმა კლინიკის დასახელება	პაციენტი: _____ სარეგისტრაციო N _____ სქესი: <input type="checkbox"/> მამრ. <input type="checkbox"/> მდედრ. შემოსვლის თარიღი: ____ / ____ / ____ წ. _____ სთ. _____ ტრიაჟის დრო: _____ სთ. _____ დაბადების თარიღი: ____ / ____ / ____ წ. ან ასაკი _____ წ. წონა: _____ კგ. სიმაღლე: _____ სმ.
ტრიაჟის კატეგორია: 1 2 3 4	
პირველადი მონაცემები: გინ მოიყვანა: <input type="checkbox"/> თავისი ფეხით; <input type="checkbox"/> ახლობლები; <input type="checkbox"/> უცხო პირი; <input type="checkbox"/> სასწრაფო დახმარება; <input type="checkbox"/> ვერტმფრენი; <input type="checkbox"/> სხვა: _____ ძირითადი ჩივილი: _____ <input type="checkbox"/> ეგონო მდგომარეობაშია საიდან: _____ თანმხლები პირები: <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კი: _____ აქვს პირადი წიგნები: <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კი პასუხისმგებელი პირი: _____ ტელ: _____ <input type="checkbox"/> ესაჭიროება თარგმანი	
შემოსვლამდე: <input type="checkbox"/> გენა; <input type="checkbox"/> კისრის ფიქსაცია; <input type="checkbox"/> აირგამტარი; <input type="checkbox"/> სახის ნიღაბი; <input type="checkbox"/> ინტუბაცია; <input type="checkbox"/> იმობილიზაცია; <input type="checkbox"/> ლაბტი; <input type="checkbox"/> საჭიროებს თავმდგურს / დაცვას <input type="checkbox"/> სხვა: _____	
თანმხლები დაავადებები: <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> უცნობია; <input type="checkbox"/> ეპილეფსია; <input type="checkbox"/> კარდიოლოგია; <input type="checkbox"/> CHF; <input type="checkbox"/> COPD; <input type="checkbox"/> პეისმეიკერი; <input type="checkbox"/> მიპერტენზია; <input type="checkbox"/> დიაბეტი; <input type="checkbox"/> ასთმა <input type="checkbox"/> ფსიქიატრი; <input type="checkbox"/> ორსულობა; <input type="checkbox"/> სიმსივნე; <input type="checkbox"/> ინსულტი; <input type="checkbox"/> თირკმლის უკმარისობა; <input type="checkbox"/> ტუბერკულოზი; <input type="checkbox"/> დერმატოლოგია <input type="checkbox"/> ციროზი; <input type="checkbox"/> ტრავმა; <input type="checkbox"/> HIV ინფექცია; <input type="checkbox"/> სხვა: _____ მაგნე ჩვევები: <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> თამბაქო; <input type="checkbox"/> ალკოჰოლი; <input type="checkbox"/> ნარკოტიკი; <input type="checkbox"/> სხვა: _____	
მედიკამენტები: <input type="checkbox"/> კი _____ _____ <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> უცნობია; <input type="checkbox"/> დამატ. მკურნალობა: _____ დიეტა: _____	ალერგია: <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> უცნობია; <input type="checkbox"/> კი: _____ _____ იმუნიზაცია: <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> უცნობია; <input type="checkbox"/> ანტიტეტანური; <input type="checkbox"/> სხვა: _____ ბოლო მენსტრუაციის დრო: ____ / ____ / ____ წ. _____
განსაკუთრებული მოთხოვნები: <input type="checkbox"/> უარი რეანიმაციაზე; <input type="checkbox"/> უარი სისხლის გადასხმაზე; <input type="checkbox"/> სხვა: _____	
შეფასება: ჩივილები: _____ _____ _____	
ცნობიერება: <input type="checkbox"/> ნათელი; <input type="checkbox"/> ასრულებს დავალებებს; <input type="checkbox"/> რეაგირებს ტკივილზე; <input type="checkbox"/> უგონო; <input type="checkbox"/> ანიზოკორია TA <input type="checkbox"/> მჭიდვარ; <input type="checkbox"/> მწოლიარე; მარჯვენა ხელი ____ / ____ მმ Hg; მარცხენა ხელი ____ / ____ მმ Hg; PH/R ____ / წთ; SaO2 ____ % RR ____ / წთ; T ____ °C <input type="checkbox"/> გარეგ; <input type="checkbox"/> შინაგ. თუ <input type="checkbox"/> < 12 წ - პერიფერიული კაპილარული აგების დრო: <input type="checkbox"/> < 2წმ; <input type="checkbox"/> > 2წმ; გლუგოზა სისხლში: _____	
<div style="text-align: center;"> <p>ტკივილი არ აღინიშნება საშუალო სიმძიმის ტკივილი ძლიერი ტკივილი</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>0 2 4 6 8 10</p> </div>	
კომენტარი: მოთავსება: <input type="checkbox"/> შოკის დარბაზი; <input type="checkbox"/> ER-ის პალატა; <input type="checkbox"/> ობსერვაციის პალატა; <input type="checkbox"/> სხვა: _____ ფორმა გადაეცა: _____ დრო _____ სთ ფორმა შეესებულია მთლიანად: <input type="checkbox"/> კი; <input type="checkbox"/> არა	

ფორმა შეავსო: _____