

ტრიაჟის ფორმა კლინიკის დასახელება	პაციენტი: _____ სარეგისტრაციო N _____ სქესი: <input type="checkbox"/> მამრ. <input type="checkbox"/> მდედრ. შემოსვლის თარიღი: ____ / ____ / ____ წ. _____ სთ. ტრიაჟის დრო: _____ სთ.
ტრიაჟის კატეგორია: 1 2 3 4	დაბადების თარიღი: ____ / ____ / ____ წ. ან ასაკი ____ წ. წონა: _____ კგ. სიმაღლე: _____ სმ.

პირველადი მონაცემები:

გინ მოიყვანა: ☐ თავისი ფეხით; ☐ ახლობლები; ☐ უცხო პირი; ☐ სასწრაფო დახმარება; ☐ ვერტმფრენი; ☐ სხვა _____

ძირითადი ჩივილი: _____
☐ უკონო მდგომარეობაშია

საიდან: _____ თანმხლები პირები: ☐ არა ☐ კი : _____ აქვს პირადი ნივთები: ☐ არა ☐ კი |
პასუხისმგებელი პირი: _____ ტელ: _____ ☐ ესაჭიროება თარჯიმანი

შემოსვლამდე: ☐ გენა; ☐ კისრის ფიქსაცია; ☐ აირგამატარი; ☐ სახის ნიღაბი; ☐ ინტუბაცია; ☐ იმობილიზაცია; ☐ ლაბეტი;
☐ საჭიროებს თავმდგმურს / დაცვას ☐ სხვა: _____

თანმხლები დაავადებები:

☐ არა; ☐ უცნობია; ☐ ეპილეფსია; ☐ კარდიოლოგია; ☐ CHF; ☐ COPD; ☐ პეისმეიკერი; ☐ ჰიპერტენზია; ☐ დიაბეტი; ☐ ასთმა
☐ ფსიქიატრი; ☐ ორსულობა; ☐ სიმსივნე; ☐ ინსულტი; ☐ თირკმლის უკმარისობა; ☐ ტუბერკულოზი; ☐ დერმატოლოგია
☐ ციროზი; ☐ ტრავმა; ☐ HIV ინფექცია; ☐ სხვა: _____

მაგნე ჩვევები: ☐ არა; ☐ თამბაქო; ☐ ალკოჰოლი; ☐ ნარკოტიკი; ☐ სხვა: _____

მედიკამენტები: <input type="checkbox"/> კი _____	ალერგია: <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> უცნობია; <input type="checkbox"/> კი: _____
<input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> უცნობია; <input type="checkbox"/> დამატ. მკურნალობა: _____	იმუნიზაცია: <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> უცნობია; <input type="checkbox"/> ანტიტეტანური; <input type="checkbox"/> სხვა: _____
დიეტა: _____	ბოლო მენსტრუაციის დრო: ____ / ____ / ____ წ. _____

განსაკუთრებული მოთხოვნები: ☐ უარი რეანიმაციაზე; ☐ უარი სისხლის გადასხმაზე; ☐ სხვა: _____

შეფასება:







ჩივილები: _____

ცნობიერება: ☐ ნათელი; ☐ ასრულებს დავალებებს; ☐ რეაგირებს ტკივილზე; ☐ უკონო; ☐ ანიზოკორია

TA ☐ მჭიდვარ; ☐ მწლიარე; მარჯვენა ხელი ____ / ____ მმ Hg; მარცხენა ხელი ____ / ____ მმ Hg;
PH/R ____ / წთ; SaO2 ____ % RR ____ / წთ; T ____ °C ☐ გარეგ; ☐ შინაგ.
თუ ≤ 12 წ - პერიფერიული კაპილარული აგსების დრო: ☐ < 2 წმ; ☐ > 2 წმ; გლუკოზა სისხლში: _____

ტკივილი არ აღინიშნება საშუალო სიმძიმის ტკივილი ძლიერი ტკივილი

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 2 4 6 8 10

კომენტარი:

მოთავსება: ☐ შოკის დარბაზი; ☐ ER-ის პალატა; ☐ ობსერვაციის პალატა; ☐ სხვა: _____

ფორმა გადაეცა: _____ დრო _____ სთ ფორმა შეესებულება მთლიანად: ☐ კი; ☐ არა

ფორმა შეავსო: _____

