

<b>ტრიაჟის ფორმა</b>  <b>კლინიკის დასახელება</b>	<b>პაციენტი:</b> _____ <b>სარეგისტრაციო N</b> _____ <b>სქესი:</b> <input type="checkbox"/> მამრ. <input type="checkbox"/> მდედრ. <b>შემოსვლის თარიღი:</b> ____ / ____ / ____ წ. ____ სთ. <b>ტრიაჟის დრო:</b> _____ სთ. <b>დაბადების თარიღი:</b> ____ / ____ / ____ წ. ან ასაკი ____ წ. <b>წონა:</b> _____ კგ. <b>სიმაღლე:</b> _____ სმ.
<b>ტრიაჟის კატეგორია:</b> 1 2 3 4	
<b>პირველადი მონაცემები:</b> <b>გინ მოიყვანა:</b> <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: _____ <b>ძირითადი ჩივილი:</b> _____ <input type="checkbox"/> ეგონო მდგომარეობაშია <b>საიდან:</b> _____ <b>თანმხლები პირები:</b> <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კი: _____ <b>აქვს პირადი წიგნები:</b> <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კი   <b>პასუხისმგებელი პირი:</b> _____ <b>ტელ:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>ესაჭიროება თარგმანი</b>	
<b>შემოსვლამდე:</b> <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: _____	
<b>თანმხლები დაავადებები:</b> <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"/> პიპერტენზია; <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: _____ <b>მაგნე ჩვევები:</b> <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> თამბაქო; <input type="checkbox"/> ალკოჰოლი; <input type="checkbox"/> ნარკოტიკი; <input type="checkbox"/> სხვა: _____	
<b>მედიკამენტები:</b> <input type="checkbox"/> კი _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> უცნობია; <input type="checkbox"/> დამატ. მკურნალობა: _____ <b>დიეტა:</b> _____	<b>ალერგია:</b> <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> უცნობია; <input type="checkbox"/> კი: _____ _____ <b>იმუნიზაცია:</b> <input type="checkbox"/> არა; <input type="checkbox"/> უცნობია; <input type="checkbox"/> ანტიტეტანური; <input type="checkbox"/> სხვა: _____ <b>ბოლო მენსტრუაციის დრო:</b> ____ / ____ / ____ წ.
<b>განსაკუთრებული მოთხოვნები:</b> <input type="checkbox"/> უარი რეანიმაციაზე; <input type="checkbox"/> უარი სისხლის გადასხმაზე; <input type="checkbox"/> სხვა: _____	
<b>შეფასება:</b> <b>ჩივილები:</b> _____ _____ _____	
<b>ცნობიერება:</b> <input type="checkbox"/> ნათელი; <input type="checkbox"/> ასრულებს დავალებებს; <input type="checkbox"/> რეაგირებს ტკივილზე; <input type="checkbox"/> უგონო; <input type="checkbox"/> ანიზოკორია <b>TA</b> <input type="checkbox"/> მკდომარე; <input type="checkbox"/> მწოლიარე; <b>მარჯვენა ხელი</b> ____ / ____ მმ Hg; <b>მარცხენა ხელი</b> ____ / ____ მმ Hg; <b>PH/R</b> ____ / წთ; <b>SaO2</b> ____ % <b>RR</b> ____ / წთ; <b>T</b> ____ °C <input type="checkbox"/> გარეგ; <input type="checkbox"/> შინაგ. <b>თუ</b> <input type="checkbox"/> < 12 წ - პერიფერიული კაპილარული აგების დრო: <input type="checkbox"/> < 2წმ; <input type="checkbox"/> > 2წმ; <b>გლუგოზა სისხლში:</b> _____	
<div style="text-align: center;"> <b>ტკივილი არ აღინიშნება</b>      <b>საშუალო ხიმძისის ტკივილი</b>      <b>ძლიერი ტკივილი</b> </div> <div style="text-align: center;"> </div>	
<b>კომენტარი:</b> <b>მოთავსება:</b> <input type="checkbox"/> შოკის დარბაზი; <input type="checkbox"/> ER-ის პალატა; <input type="checkbox"/> ობსერვაციის პალატა; <input type="checkbox"/> სხვა: _____ <b>ფორმა გადაეცა:</b> _____ <b>დრო</b> ____ სთ <b>ფორმა შეესებულია მთლიანად:</b> <input type="checkbox"/> კი; <input type="checkbox"/> არა	

**ფორმა შეავსო:** \_\_\_\_\_