

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی

بیمارستان آیت الله رفسنجانی شیروان

فرم ارزیابی زخم بستربیماران بستری

سال ماه

بخش

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ	سن	منطقه		تاریخ بستری	تشخیص اولیه	زمان شروع زخم	تاریخ ترخیص (فوت)	بخش بستری	عوامل زمینه ای	تاریخ بررسی	اقدامات انجام شده	آدرس محل زندگی
				شهر	روستا									

اقدامات انجام شده: