مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی اصفهان

فرم گزارش احیاء قلبی ریوی موفق / کمک به مادر باردار در زایمان

فرم شماره۴

۹۵/۰۴/۱۹-V3

تاریخ : / / ۱۳ شهرستان: ..... نام پایگاه: .....

شماره مأموریت : کد آمبولانس :

شرح حال مختصر ..... : (سابقه بیماری: ..... نوع حادثه: .....)

زمان امدادخواهی	زمان رسیدن به محل	زمان حرکت از محل	رسیدن به بیمارستان

پرسنل واحد امدادی	نام	نام خانوادگی	کد عملیاتی
تکنسین۱			
تکنسین۲			

نام و نام خانوادگی بیمار : ..... سن : ..... جنس .....

مدت زمان انجام CPR : ..... دقیقه اعزام به بیمارستان : .....

تائید تلفنی احیاء موفق از سوپروایزر بیمارستان انجام گیرد احیاء موفق ☐ احیاءناموفق ☐

نام و نام خانوادگی سوپروایزر بیمارستان :

مهر و امضاء سوپروایزر Dispatch

مستندات عکس یا فیلم: ☐دارد ☐ ندارد

انجام ..... مطابق اصول علمی و فنی می باشد.

مهر و امضاء پزشک Dispatch