

شماره کارت: کد آمبولانس:	 <h2 style="margin: 0;">هوالمشافی</h2> <p style="margin: 0;">مدیریت حوات و فوریتهای پزشکی اصفهان</p> <p style="margin: 0;">مرکز فرماندهی عملیات</p> <p style="margin: 0;">فرم ثبت اطلاعات مأموریت</p> <p style="margin: 0;">فرم شماره ۱۳ ۹۵/۰۸۲۵-۷۹</p>	 <p style="margin: 0;">فرم شماره ۱۳ ۹۵/۰۸۲۵-۷۹</p>	تاریخ:
---	---	--	------------------------

تکمیل کننده فرم	تکسین ۱	دکتر:	پزشک اتاق فرمان
مستول اعزام	تکسین ۲/ امدادگر		شرح حال گیرنده

سابقه بیماری	شکایت اصلی و علامت همراه	سن و جنس	بیماری
	نوع حادثه / وضعیت مصدومان	تعداد مصدومان احتمالی	حادثه
مهر و امضاء شرح حال گیرنده		لوبت اعزام: <input type="checkbox"/> ماموریت آهسته و بدون آژیر (۱۰-۳۰) <input type="checkbox"/> ماموریت فوری (۱-۳۳)	

Tel:	شهر / خیابان اصلی / خیابان فرعی / کوچه / شماره کوچه آدرس محل اعزام آدرس اصلاح شده:
------	--

ساعت دریافت پیام	گروه‌های ویژه <input type="checkbox"/> مادر باردار <input type="checkbox"/> سن بالای ۵۰ سال <input type="checkbox"/> سن زیر ۵ سال <input type="checkbox"/> مستقری <input type="checkbox"/> ملی مذهبی <input type="checkbox"/> پوشش سلامت شخصیت <input type="checkbox"/> مانور <input type="checkbox"/> طرح ویژه (فصلی) محل انجام مأموریت <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> جاده ای <input type="checkbox"/> نوع مأموریت: <input type="checkbox"/> بین مراکز درمانی <input type="checkbox"/> پیوند اعضا هماهنگی با سایر سازمانهای امدادی: <input type="checkbox"/> پلیس ۱۱۰ <input type="checkbox"/> هلال احمر <input type="checkbox"/> آتش نشانی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
------------------	---

ساعت شروع مأموریت	آقای / خانم سن ملیت																								
ساعت رسیدن به محل	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">BP</td> <td style="width: 12.5%;">PR</td> <td style="width: 12.5%;">RR</td> <td style="width: 12.5%;">GCS</td> <td style="width: 12.5%;">BS</td> <td style="width: 12.5%;">O2 sat</td> <td style="width: 12.5%;">T</td> <td style="width: 12.5%;">زمان ثبت</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	BP	PR	RR	GCS	BS	O2 sat	T	زمان ثبت																
BP	PR	RR	GCS	BS	O2 sat	T	زمان ثبت																		

ساعت رسیدن به بیمارستان	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> سکته مغزی <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> روحی و عصبی <input type="checkbox"/> فشار خون پایین <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <input type="checkbox"/> عفونی </td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> ایست قلبی - تنفسی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/> ایستاسکی <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> کلیوی <input type="checkbox"/> کبدی </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> سکته مغزی <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> روحی و عصبی <input type="checkbox"/> فشار خون پایین <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <input type="checkbox"/> عفونی	<input type="checkbox"/> ایست قلبی - تنفسی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/> ایستاسکی <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> کلیوی <input type="checkbox"/> کبدی		
<input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> سکته مغزی <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> روحی و عصبی <input type="checkbox"/> فشار خون پایین <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <input type="checkbox"/> عفونی	<input type="checkbox"/> ایست قلبی - تنفسی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/> ایستاسکی <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> کلیوی <input type="checkbox"/> کبدی				
ساعت خاتمه مأموریت	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> آنفوسی <input type="checkbox"/> آوارشی <input type="checkbox"/> زنان و زایمان <input type="checkbox"/> شکم حاد <input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی <input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی <input type="checkbox"/> کانسر </td> <td style="width: 50%;"> سایر: سابقه بیماری: </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> آنفوسی <input type="checkbox"/> آوارشی <input type="checkbox"/> زنان و زایمان <input type="checkbox"/> شکم حاد <input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی <input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی <input type="checkbox"/> کانسر	سایر: سابقه بیماری:		
<input type="checkbox"/> آنفوسی <input type="checkbox"/> آوارشی <input type="checkbox"/> زنان و زایمان <input type="checkbox"/> شکم حاد <input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی <input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی <input type="checkbox"/> کانسر	سایر: سابقه بیماری:				
ساعت رسیدن به پایگاه	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> کاهشی هوشیاری <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> سر گیجه </td> <td style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ </td> <td style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری </td> <td style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> تعریق </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> کاهشی هوشیاری <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> سر گیجه	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> تعریق
<input type="checkbox"/> کاهشی هوشیاری <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> سر گیجه	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> تعریق		

کدهای در حال مأموریت:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> کاهشی هوشیاری <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> سر گیجه </td> <td style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ </td> <td style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری </td> <td style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> تعریق </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> کاهشی هوشیاری <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> سر گیجه	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> تعریق
<input type="checkbox"/> کاهشی هوشیاری <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> سر گیجه	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> تعریق		

اهداف:	<p>ترافیکی <input type="checkbox"/> کار <input type="checkbox"/> خانگی <input type="checkbox"/> ورزشی <input type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/> طبیعت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p> <p>تصادف: <input type="checkbox"/> نوع وسیله نقلیه: سبک <input type="checkbox"/> سنگین <input type="checkbox"/> موتور سبک <input type="checkbox"/> دوچرخه <input type="checkbox"/></p> <p>واژگونی <input type="checkbox"/> ممدوم: <input type="checkbox"/> راننده <input type="checkbox"/> سرنشین <input type="checkbox"/> عابر</p> <p>زمین خوردگی <input type="checkbox"/> سقوط در سطح: <input type="checkbox"/> همتراز <input type="checkbox"/> غیر همتراز <input type="checkbox"/> ارتفاع سقوط:</p> <p>سوختری با: <input type="checkbox"/> جسم داغ <input type="checkbox"/> شیمیایی <input type="checkbox"/> مایعات داغ <input type="checkbox"/> الکتریکی <input type="checkbox"/> حریق <input type="checkbox"/> درصد <input type="checkbox"/> درجه</p> <p>مسمومیت با: <input type="checkbox"/> مسمومیت با CO <input type="checkbox"/> دارو <input type="checkbox"/> مواد مخدر <input type="checkbox"/> الکل <input type="checkbox"/> مواد سمی <input type="checkbox"/> شیمیایی <input type="checkbox"/> مواد شوینده</p> <p>چاقو خوردگی <input type="checkbox"/> خودکشی <input type="checkbox"/> گرمزدگی <input type="checkbox"/> غرق شدگی <input type="checkbox"/></p> <p>نیراندازی <input type="checkbox"/> ضرب و جرح <input type="checkbox"/> سرمازدگی <input type="checkbox"/> گاز گرفتگی <input type="checkbox"/></p> <p>تروما به <input type="checkbox"/> شکستگی ... <input type="checkbox"/> برق گرفتگی <input type="checkbox"/> بر خورد جسم با بدن <input type="checkbox"/></p> <p>سایر موارد:</p>		
	<p>مستقری: <input type="checkbox"/> ملی مذهبی <input type="checkbox"/> پوششی سلامت شخصیتها <input type="checkbox"/> مانور <input type="checkbox"/> طرح ویژه (فصلی) <input type="checkbox"/></p>		
راه عملیات	<p>اقدامات درمانی</p> <p>اکسیژن تراپی <input type="checkbox"/> Air way <input type="checkbox"/></p> <p>ساکشن <input type="checkbox"/> ایتوباسیون <input type="checkbox"/></p> <p>Ked <input type="checkbox"/> آتل بندی <input type="checkbox"/></p> <p>تراکشن <input type="checkbox"/> کلار <input type="checkbox"/></p> <p>بگ یورد <input type="checkbox"/> نجات / رها سازی <input type="checkbox"/></p> <p>مانیورینگ قلبی <input type="checkbox"/> نوار قلب <input type="checkbox"/></p> <p>شوک الکتریکی <input type="checkbox"/> سرنگ <input type="checkbox"/></p> <p>رگ گیری <input type="checkbox"/> تجویز دارو <input type="checkbox"/></p> <p>تزریق سرم <input type="checkbox"/> کنترل خونریزی/ بانسان <input type="checkbox"/></p> <p>کنترل V/S <input type="checkbox"/> جگ قند خون <input type="checkbox"/></p> <p>CPR</p> <p>موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> فاقد اندیکاسیون CPR <input type="checkbox"/></p> <p>مدت زمان انجام CPR:</p>	<p>تجهیزات مصرفی از کد</p> <p>برانول <input type="checkbox"/> خاکستری <input type="checkbox"/> سبز <input type="checkbox"/> صورتی <input type="checkbox"/> آبی <input type="checkbox"/></p> <p>سرم</p> <p>ست سرم <input type="checkbox"/> کیت و لانت <input type="checkbox"/></p> <p>باند <input type="checkbox"/> سرجی فیکس <input type="checkbox"/></p> <p>گاز <input type="checkbox"/> آتل <input type="checkbox"/></p> <p>کلار گردنی <input type="checkbox"/> لوله تراشه <input type="checkbox"/></p> <p>سرنگ <input type="checkbox"/> سرساکشن <input type="checkbox"/></p> <p>چست لید <input type="checkbox"/> ماسک NR <input type="checkbox"/></p> <p>تجهیزات مصرفی از درمانگاه</p> <p>برانول <input type="checkbox"/> سرم <input type="checkbox"/></p> <p>دارو <input type="checkbox"/></p> <p>اقدامات درمانی:</p>	<p>داروهای مصرفی</p> <p>TNG عدد <input type="checkbox"/></p> <p>ASA عدد <input type="checkbox"/></p> <p>لازیکس عدد <input type="checkbox"/></p> <p>کابنوبریل عدد <input type="checkbox"/></p> <p>هیدروکورتیزون عدد <input type="checkbox"/></p> <p>آتروپین عدد <input type="checkbox"/></p> <p>ابی نفرین عدد <input type="checkbox"/></p> <p>نالوکسان عدد <input type="checkbox"/></p> <p>دیازپام عدد <input type="checkbox"/></p> <p>دکستروز ۵۰٪ عدد <input type="checkbox"/></p> <p>دکستروز ۲۰٪ عدد <input type="checkbox"/></p> <p>مخدر <input type="checkbox"/></p>
	توجه:	<p>اعزام: <input type="checkbox"/> بیمارستان پذیرش داده <input type="checkbox"/> درمان سرپایی <input type="checkbox"/> راهنمایی به درمان و پیگیری</p> <p>عدم رضایت به اعزام <input type="checkbox"/> انجام هماهنگی <input type="checkbox"/> تحویل به واحد امدادی کد</p> <p>لغو مأموریت <input type="checkbox"/> نشانی اشتباه <input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار <input type="checkbox"/> انتقال با وسیله شخصی <input type="checkbox"/> مأموریت کادب <input type="checkbox"/> ۷-۱۰ آمبولانس <input type="checkbox"/> لغو درخواست فوت: <input type="checkbox"/> در محل <input type="checkbox"/> آمبولانس <input type="checkbox"/> بیمارستان</p>	<p>بیمارستان پذیرش نداده</p> <p>علت عدم پذیرش</p>
مشاوره پزشکی		<p>۵۰-۱۰ انجام شده <input type="checkbox"/> انجام نشد <input type="checkbox"/></p>	<p>مهر و امضاء پزشک</p>

ثبت شد