

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان

فرم نظر سنجی تلفنی از موارد ۱۱۵-۲۵

تاریخ تماس با ۱۱۵: / / نام و نام خانوادگی بیمار: سن بیمار: نام مصاحبه شونده:

شکایت اصلی بیمار: شماره تماس با اورژانس: شماره مأموریت: (توسط کارکنان اورژانس ثبت می شود)

نام و نام خانوادگی پرسنل اورژانس ۱۱۵ (توسط کارکنان ثبت می شود) ۱- ۲-

آدرس محل حادثه:

تلفن تماس برای پیگیری بعدی:

ردیف	رضایت خود را از موارد زیر چگونه توصیف می کنید؟	توضیحات	کامل راضی	ناقص راضی	ناقص و نا راضی	کاملاً نا راضی
۱	نحوه پاسخگویی و برخورد اپراتور ۱۱۵؟					
۲	نحوه برخورد پرسنل آمبولانس با بیمار یا اطرافیان؟					
۳	مدت زمان رسیدن آمبولانس بر بالین بیمار؟					
۴	رعایت شئون اخلاقی و اسلامی توسط کارکنان ۱۱۵؟					
۵	وضعیت پوشش و آراستگی کارکنان ۱۱۵؟					
۶	آوردن تجهیزات، داروها و لوازم اولیه بر بالین بیمار؟					
۷	سرعت عمل و اقدامات درمانی انجام شده توسط پرسنل اورژانس ۱۱۵؟					
۸	ارائه آموزش و راهنمایی های لازم کارکنان ۱۱۵؟					
۹	وضعیت احیاء: <input type="checkbox"/> احیاء موفق <input type="checkbox"/> احیاء ناموفق <input type="checkbox"/> عدم اندیکاسیون احیاء <input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن آمبولانس <input type="checkbox"/> فوت پس از رسیدن آمبولانس <input type="checkbox"/> فوت در بیمارستان					
۱۰	گروه سنی: ۶۶-۷۵ <input type="checkbox"/> ۶۶-۷۵ <input type="checkbox"/> ۵۶-۶۵ <input type="checkbox"/> ۴۶-۵۵ <input type="checkbox"/> ۳۶-۴۵ <input type="checkbox"/> ۲۶-۳۵ <input type="checkbox"/> ۱۶-۲۵ <input type="checkbox"/> ۷۶-۸۵ <input type="checkbox"/>					

در صورتی که کارکنان اورژانس جهت درمان و انتقال بیمار، درمانگاه، بیمارستان، یا پزشک خاصی را پیشنهاد دادند، آن را ذکر کنید.

نام نام خانوادگی مصاحبه کننده: تاریخ مصاحبه: ساعت مصاحبه:

نظر، پیشنهاد و یا انتقاد: