

# مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان



## چک لیست نظارت بر پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی

ویرایش بهمن ۹۵

«در ساعات غیراداری / شبانه»

روز: ..... تاریخ: ..... / ..... / ۱۳ ..... ساعت: ..... :

شهرستان: ..... نام پایگاه: ..... کد پایگاه: .....

نام پرسنل: ..... نام کارشناس ناظر: .....

| ردیف                        | عنوان  | بله | خیر |
|-----------------------------|--|-----|-----|
| ۱                           | مدت زمان بین اعلام مأموریت تا خروج از پایگاه ..... ثانیه |     |     |
| ۲                           | آیا پرسنل لباس فرم کامل و وضعیت ظاهری مناسب دارند؟       |     |     |
| ۳                           | آیا تجهیزات تخصصی آماده استفاده است؟                     |     |     |
| ۴                           | چیدمان تجهیزات و نظافت کابین عقب آمبولانس مناسب است؟     |     |     |
| ۵                           | آیا در صورت تعقیب کد زمانهای مأموریت بطور صحیح اعلام شد؟ |     |     |
| نظرات و امضای کارشناس ناظر: |  |     |     |