

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فرم رسیدگی به شکایات/گزارشات

شماره ثبت:

نتایج حاصل از بررسی مستندات

تاریخ ثبت:

مستندات کارت یا فرم مأموریت	پرسنل کد:	تکنسین ۱:	تکنسین ۲:	شرح حال گیرنده:	پزشک:	مسئول اعزام:	سوپروایزر:	اتاق فرمان:	
	کد								
	نام								
	نام خانوادگی								
	تلفن								
کدهای در حال مأموریت:									
کد آمبولانس	دریافت پیام	شروع مأموریت	رسیدن به محل	حرکت از محل	رسیدن بیمارستان	خاتمه مأموریت	رسیدن به پایگاه	شماره کارت	نوع حادثه/بیماری
۳	:	:	:	:	:	:	:		
کدمکالمه	شماره تماس	زمان	اپراتور	خلاصه پیام		زمان	شرح		
		:				:	شرح حال(اتاق فرمان)		
		:				:	اعزام کد(اتاق فرمان)		
		:				:	مکالمه با پایگاه(اتاق فرمان)		
		:				:	۱۰-۱۰(کد)		
		:				:	رسیدن به محل(کد)		
		:				:	انتظار راهنما(بیمار)		
		:				:	جمع(رسیدن به محل)		
		:				:	توقف در محل		
		:				:	رسیدن به بیمارستان		
		:				:	توقف در بیمارستان		
		:				:	رسیدن به پایگاه		
		:				:	جمع کل مأموریت		
اظهارات پرسنل شیفت/نکات قابل تأمل:									
یادداشت/اقدامات								تاریخ	
خلاصه اقدامات انجام شده									
نتایج حاصل از بررسی	<input type="checkbox"/> اثبات اتهام/ادعا(تلف) <input type="checkbox"/> رد اتهام/ادعا <input type="checkbox"/> عدم اثبات اتهام/ادعا								
	ضعف سافتواری				<input type="checkbox"/> فرای ویا فقدان آمبولانس یا تجهیزات تفصیلی <input type="checkbox"/> درخواست خارج از سیاستهای فعلی سازمان <input type="checkbox"/> فقدان اتوماسیون				
	تلف پرسنل				<input type="checkbox"/> کوتاهی در انجام وظیفه <input type="checkbox"/> مهارتهای علمی-عملی <input type="checkbox"/> فسادات یا سوء استفاده مالی به / از بیمار <input type="checkbox"/> برافورد نامناسب				
	<input type="checkbox"/> جلب رضایت شاکه؛ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> فیر <input type="checkbox"/> ارجاع به دیگر مراجع								
متهم / ضابطه: پرسنل اتاق فرمان <input type="checkbox"/> پرسنل کد <input type="checkbox"/> سافتوآر و قوانین موجود <input type="checkbox"/> آمبولانس فصوصی..... <input type="checkbox"/> مراکز درمانی <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> شماره ثبت									