

مدیریت اورژانس پیش بیمارستانی و حوادث دانشگاه
فرم گزارش: کمک به مادر باردار در فرایند زایمان/ احیاء قلبی ریوی موفق

SheetNo: ۱۳۰

۱۴۰۵/۰۲/۰۱-۷۷

کد امبولانس	شماره مأموریت	پرسنل	نام	نام خانوادگی	کد عملیاتی*
		کارشناس ۱			
		کارشناس ۲			

نام و نام خانوادگی بیمار: سن: جنس: ☐ مذکر ☐ مؤنث نوزاد متولد شده:

شکایت اصلی/نوع حادثه:

کد دوم کمکی و شماره مأموریت: تکنسین یک: تکنسین دوم:

این قسمت توسط پزشک مرکز درمانی یا ماما زایشگاه تکمیل شود:

علائم حیاتی در هنگام تحویل مددجو:

BP:.....P:.....SPO۲:.....

تنفس مددجو هنگام تحویل به مرکز درمانی:

☐ خودبخودی ☐ از طریق ماسک و آمبوبگ ☐ از طریق آمبوبگ و لوله تراشه ☐ از طریق LMA

سایر توضیحات ضروری:

مهر و امضاء پزشک تحویل گیرنده مددجو

احیاء موفق ثبت گردید و طبق نامه شماره تقدیر نامه صادر شد .

بهبود کیفیت و روش ها