

فرم گزارش مراقبت از بیمار (PCR)

محل درج آرم مرکز

محل درج نام آدرس و مشخصات مرکز



سازمان بهداشت و آموزش پزشکی

SheetNo:44

1400/06/10-V7

سریال مأموریت\*:

تاریخ:			کد راننده:			کد تکنسین:			کد آمبولانس:			
<b>مشخصات بیمار:</b>												
کیلومتر	ساعت	وضعیت	نام خانوادگی:	سن:	جنس:	تلفن تماس:	ساعت تماس:	وضعیت	ساعت	کیلومتر		
	:	حرکت از مرکز آمبولانس					:	رسیدن بر بالین بیمار	:			
	:	حرکت از محل					:	رسیدن به بیمارستان مقصد	:			
	:	رسیدن از بیمارستان					:	حرکت از بیمارستان	:			
	:	بازگشت به مرکز	علت اعزام (شرح حال / مشکل بیمار CC):									
علائم همراه: <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> ضعف <input type="checkbox"/> تعریق <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> سایر باذکر...												
<b>علائم حیاتی</b>						<b>اقدامات درمانی:</b>						
BP	PR	RR	GCS	Spo2	ساعت	زمان ثبت	بعد	عنوان	قبل	بعد	عنوان	قبل
					:	اولیه	<input type="checkbox"/>	مانیتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رگ گیری	<input type="checkbox"/>
					:	ثانویه	<input type="checkbox"/>	کنترل راه هوایی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ساکشن	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	آتل گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تزریق سرم	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	تجویز دارو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پانسمان	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	تزریق دارو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>
<b>توضیحات</b>						<b>داروها و تجهیزات مصرفی:</b>						
<b>مبلغ دریافتی:</b>												
مهر و امضاء مدیر مرکز			مهر و امضاء پزشک مسئول فنی			مهر و امضاء تکنسین			مهر و امضاء بیمارستان تحویل گیرنده			

تلفن رسیدگی به شکایات: ۱۹۰

\*- درج سریال مأموریت در فرم شماره ۶۴ (حکم مأموریت آمبولانس) الزامی می باشد. تکمیل فرم گزارش اعزام جهت کلیه اعزام ها از قبیل استقراری و ... الزامی می باشد.