



SheetNo:12  
1400/07/18-V:15

## مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان

### فرم آزمون سطح بندی پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی

محل الصاق عکس  
۳\*۴

بنا به:  درخواست شماره ..... مورخ ..... /  معرفی نامه شبکه

۱- نام و نام خانوادگی:		۲- نام پدر:	
۳- شماره شناسنامه:		شماره سریال شناسنامه:	
۴- محل صدور شناسنامه:		۵- تاریخ تولد: / / ۱۳	
۶- محل تولد:		۷- کد ملی:	
۸- شماره پرسنلی:		۹- پست سازمانی: شماره پست:	
۱۰- وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>		۱۱- وضعیت نظام وظیفه: حین خدمت <input type="checkbox"/> پایان خدمت <input type="checkbox"/> معافیت کفالت <input type="checkbox"/>	
تعداد فرزندان:		تعداد افراد تحت تکفل: .... نفر	
۱۲- رشته تحصیلی: پرستاری <input type="checkbox"/> تکنسین فوریت‌های پزشکی <input type="checkbox"/> هوشبری <input type="checkbox"/> اتاق عمل <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> بهیار <input type="checkbox"/> امداد و سوانح <input type="checkbox"/>		کمک بهیار <input type="checkbox"/> شماره نظام پرستاری*: .....	
۱۳- میزان تحصیلات: زیر دیپلم <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> کاردان <input type="checkbox"/> کارشناس <input type="checkbox"/> کارشناس ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/> دکتری تخصصی <input type="checkbox"/>		۱۴- سمت: تکنسین فوریت‌های پزشکی <input type="checkbox"/> امدادگر اورژانس <input type="checkbox"/> پزشک اتاق فرمان <input type="checkbox"/> اپراتور بی سیم <input type="checkbox"/> کارشناس اتاق فرمان <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۱۵- محل اخذ مدرک تحصیلی:		۱۶- سال اخذ آخرین مدرک تحصیلی:	
۱۷- مذهب:		۱۸- محل استخدام: استخدام ۱۱۵ <input type="checkbox"/> استخدام ۱۱۵ سایر دانشگاهها <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> شبکه <input type="checkbox"/> سایر ارگانها <input type="checkbox"/>	
در صورت وجود رابطه استخدامی با مرکز یا واحد دیگر: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام آن را بنویسید: .....			
۱۹- وضعیت استخدامی:			
رسمی <input type="checkbox"/> رسمی آزمایشی <input type="checkbox"/> پیمانی <input type="checkbox"/> تبصره ۳ (تبصره ۵) <input type="checkbox"/> قرارداد کارمین <input type="checkbox"/> طرحی <input type="checkbox"/> تبصره ۴ <input type="checkbox"/> شرکتی <input type="checkbox"/> پیام آور <input type="checkbox"/>			
۲۰- تاریخ استخدام:		وضعیت استخدام قبلی:	
تاریخ ماموریت به ارگان یا شهرستان		شرکتی <input type="checkbox"/> طرحی <input type="checkbox"/> پیام آور <input type="checkbox"/> تبصره	
تاریخ ماموریت به ارگان یا شهرستان		۲۱- تاریخ شروع بکار در اورژانس	
محل ماموریت:		پیش بیمارستانی (۱۱۵):	
۲۲- نوع بیمه: شماره بیمه: ..... تاریخ شروع بیمه: .....			
۲۳- در صورت داشتن بیماری مزمن، معلولیت یا نقص عضو، ناتوانی جسمانی توضیح دهید. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
۲۴- شاغل در: (۱) نام شهرستان در زمان فعالیت: شهرستان ۱:		شهرستان ۲:	
شهرستان ۳:		نام و شماره مسئول مستقیم قبلی:	
۲۵- نوع فعالیت در اورژانس: موظف <input type="checkbox"/> اضافه کار <input type="checkbox"/> نیمه وقت <input type="checkbox"/>			
۲۶- تلفن ثابت: ..... تلفن همراه (فعال در فضای مجازی): ..... آدرس ایمیل: .....			
۲۷- آدرس محل سکونت در سه سال اخیر:			
۱- استان: ..... شهر: ..... پلاک: ..... از: ..... تا: ..... کد پستی: .....			
۲- استان: ..... شهر: ..... پلاک: ..... از: ..... تا: ..... کد پستی: .....			
۳- استان: ..... شهر: ..... پلاک: ..... از: ..... تا: ..... کد پستی: .....			
۲۸- گواهینامه رانندگی: پایه ۱ <input type="checkbox"/> پایه ۲ <input type="checkbox"/> پایه ۳ <input type="checkbox"/> موتور <input type="checkbox"/> فاقد گواهینامه <input type="checkbox"/> شماره گواهینامه: .....			
۲۹- شماره حساب سیبا:		۳۰- حقوق پایه (از حکم خود بنویسید):	

اینجانب ..... متقاضی فعالیت در پایگاههای اورژانس پیش بیمارستانی استان اصفهان، صحت اطلاعات فوق را تأیید می‌نمایم و می‌پذیرم هر گونه اطلاعاتی خلاف واقع منجر به لغو استخدام اینجانب در صورت بکارگیری خواهد بود. بدیهی است با شرکت در آزمون و طی مراحل پذیرش هیچگونه تعهدی برای استخدام اینجانب ایجاد نمی‌گردد. در ضمن اینجانب در هیچ مرکز دولتی و یا غیر دولتی استخدام نمی‌باشم.

امضاء و اثر انگشت متقاضی

جدول نمرات آزمون کتبی و عملی

عنوان آزمون	امتیاز کلی	امتیاز کسب شده	امضا	عنوان آزمون	امتیاز کلی	امتیاز کسب شده	امضا
آزمون کتبی	۱۰۰			کارگاه مدیریت راه هوایی	۲۵		
کارگاه ارزیابی بیمار	۲۵			کارگاه CPR	۲۵		
PHTM (تروما)	۲۵			آمادگی جسمانی	۵		
<b>میانگین نهایی</b>							

۱. تأییدیه واحد آموزش استان\* :

بدینوسیله گواهی می گردد نامبرده در تاریخ /.../.../... در آزمون علمی و مهارتی شرکت کرده و موفق به کسب نمره ..... گردیده، و نیاز به انجام..... روز کارآموزی در پایگاه آموزشی دارد. مهر و امضاء مسئول واحد آموزش

۲. تأییدیه اتاق فرمان\*:

بدینوسیله گواهی می گردد نامبرده دوره کارآموزی اتاق فرمان فوریتهای پزشکی را به مدت ..... شیفت ..... ساعت گذرانده و مهارتهای لازم در خصوص کار با آسیار، سلسه مراتب فرماندهی، فرماندهی حوادث، افسر تریاژ را دارد. توضیحات: ..... مسئول اتاق فرمان اصفهان

۳. تأییدیه واحد نقلیه\*:

بدینوسیله گواهی می گردد نامبرده دوره رانندگی تدافعی را در تاریخ /.../.../... گذرانده و با توجه به کسب نمره ..... در آزمون کتبی و عملی،  مهارتهای رانندگی و  اطلاعات فنی آمبولانس را دارد. توضیحات: ..... مهر و امضاء و مشخصات مسئول نقلیه

۴. تأییدیه مسئول منطقه آموزش\*:

بدینوسیله گواهی می گردد نامبرده به مدت ..... ساعت کارآموزی در پایگاه آموزشی عملیاتی ..... را گذرانده است و طبق ارزشیابی بعمل آمده در تاریخ ..... کارآموزی ایشان مورد تأیید  می باشد  نمی باشد. مهر و امضاء مسئول منطقه آموزشی

۵. تأییدیه دوره های توجیهی بدو خدمت\*:

بدینوسیله گواهی می گردد نامبرده دوره توجیهی بدو خدمت با موضوعات  بهبود کیفیت و امور حقوقی،  تجهیزات پزشکی،  ارتباطات رادیویی،  روابط عمومی،  قوانین و مقررات اداری،  پروتکل ها و دستورالعمل های عملیاتی  اورژانس هوایی و  کنترل عفونت را گذرانده است. توضیحات(دوره های برگزار نشده قید گردد) ..... مهر و امضاء مسئول واحد آموزش

۶. تأییدیه واحد کنترل عفونت\*:

از نظر کنترل عفونت فعالیت نامبرده در اورژانس پیش بیمارستانی اصفهان بلامانع است  کارت واکسیناسیون و نیترو آنتی بادی هیپاتیت B  کارت واکسیناسیون کووید).

۷. تأییدیه واحد سلامت کارکنان\*:

داوطلب شرایط جسمی و روحی روانی لازم جهت فعالیت در اورژانس پیش بیمارستانی را دارد (عدم اعتیاد  سلامت روان  طب کار  پرونده سلامت)؟  بلی  خیر توضیحات: ..... مهر و امضاء مسئول سلامت کارکنان

۸. تأییدیه واحد آمار استان :

بدینوسیله گواهی می گردد صحت اطلاعات فرم بررسی، تأیید و ثبت گردید عکس پرسنلی اسکن شد. و مطابق با گواهی سطح بندی کدعملیاتی ..... اختصاص گردید. مهر و امضاء واحد آمار و برنامه ریزی

۹. نیروی انسانی\*:

گواهی می گردد مبلغ ..... ریال  چک  سفته بابت ضمانت دریافت شد.  با توجه به رسمی/ایمانی بودن نامبرده در دانشگاه اصفهان نیاز به اخذ وثیقه(چک / سفته) نمی باشد. (ضروری است در مورد متقاضیان اضافه کار از استان های دیگر، ضمانت نامه یا معرفی نامه کتبی از دانشگاه اخذ گردد) توضیحات: ..... مهر و امضاء واحد نیروی انسانی

۱۰. تأییدیه امور عمومی\*:

گواهی می گردد بکارگیری نامبرده از لحاظ قوانین اداری و استخدامی بلامانع است و ضمناً اصل کلیه مدارک مورد نیاز داوطلب  کپی شناسنامه  کارت ملی  مدرک تحصیلی  عکس پرسنلی  گواهینامه  بیمه نامه مسئولیت حرفه ای،  پایان طرح و یا معافیت از طرح،  پایان خدمت،  سوء پیشینه  چک/وثیقه ضمانت) کنترل گردید. توضیحات: ..... مهر و امضاء امور عمومی

مهر و امضاء

معاونت فنی و عملیات

\*- موارد ستاره دار طبق فرم های خاص خود ارزیابی و امتیاز دهی شده و در صورت تأیید آنها این فرم امضاء می گردد.