



SheetNo:13  
1400/11/04-V10

## اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه فرم ثبت اطلاعات مأموریت در مراکز پیام

تاریخ: .....  
شناسه مأموریت: .....  
کد آمبولانس: .....

نام ، نام خانوادگی و کد عملیاتی کاربران (درج کد عملیاتی الزامی است)									
سمت	نام	کد عملیاتی	سمت	نام	کد عملیاتی	سمت	شرح حال گیرنده	مسئول اعزام	
			تکسین ۱					تکسین ۲/امداد گر	
سابقه بیماری		شکایت اصلی و علامت همراه				سن و جنس			
		نوع حادثه / وضعیت مصدومان				تعداد مصدومان احتمالی			
مهر و امضاء شرح حال گیرنده		<input type="checkbox"/> مأموریت آمسته و بدون اژیر (۱۰-۴۰) <input type="checkbox"/> مأموریت فوری (۲۳-۱۰)				<input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> تعریق			
<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> سایر		<input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> سرگیجه				<input type="checkbox"/> ضعف و بی حالی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ			
Tel:		شهر / خیابان اصلی / خیابان فرعی / کوچه / شماره کوچه آدرس محل اعزام آدرس اصلاح شده:							
ساعت دریافت پیام		گروه‌های ویژه <input type="checkbox"/> مادر باردار <input type="checkbox"/> سن بالای ۵۰ سال <input type="checkbox"/> سن زیر ۵ سال							
<input type="text"/> :		<input type="checkbox"/> مستقری <input type="checkbox"/> ملی مذهبی <input type="checkbox"/> پوشش سلامت شخصیت ..... <input type="checkbox"/> مانور <input type="checkbox"/> طرح ویژه (فصلی)							
ساعت شروع مأموریت		محل انجام مأموریت <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> جاده ای <input type="checkbox"/> نوع مأموریت: <input type="checkbox"/> بین مراکز درمانی <input type="checkbox"/> بیوند اعضا							
<input type="text"/> :		هماهنگی با سایر سازمانهای امدادی: <input type="checkbox"/> پلیس ۱۱۰ <input type="checkbox"/> هلال احمر <input type="checkbox"/> آتش نشانی <input type="checkbox"/> سایر							
ساعت رسیدن به محل		ملیت:		سن:		<input type="checkbox"/> آقای <input type="checkbox"/> خانم:			
<input type="text"/> :		BP	PR	RR	GCS	BS	O2 sat	T	زمان ثبت
ساعت حرکت از محل حادثه									
<input type="text"/> :		<input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> ایست قلبی - تنفسی <input type="checkbox"/> تنفسی							
ساعت رسیدن به بیمارستان		<input type="checkbox"/> سگته مغزی <input type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/> گوارشی							
<input type="text"/> :		<input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/> زنان و زایمان							
ساعت خانمه مأموریت		<input type="checkbox"/> روحی و عصبی <input type="checkbox"/> ایستاکسی <input type="checkbox"/> شکم حاد							
<input type="text"/> :		<input type="checkbox"/> فشار خون پایین <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی							
ساعت رسیدن به پایگاه		<input type="checkbox"/> فشار خون بالا <input type="checkbox"/> کلیوی <input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی							
<input type="text"/> :		<input type="checkbox"/> عفونی <input type="checkbox"/> کبدی <input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی <input type="checkbox"/> کانسر							
سایر: .....									
سابقه بیماری: .....									
کدهای در حال مأموریت:									

	<input type="checkbox"/> ترافیکی	<input type="checkbox"/> کار	<input type="checkbox"/> خانگی	<input type="checkbox"/> ورزشی	<input type="checkbox"/> آموزشی	<input type="checkbox"/> طبیعت	<input type="checkbox"/> سایر
	<input type="checkbox"/> تصادف: <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;">-</span>		نوع وسیله نقلیه: <input type="checkbox"/> سبک <input type="checkbox"/> سنگین <input type="checkbox"/> موتور سیکلت <input type="checkbox"/> دوچرخه				
	<input type="checkbox"/> واژگونی		مصدوم: <input type="checkbox"/> راننده ..... <input type="checkbox"/> سرنشین ..... <input type="checkbox"/> عابر				
	<input type="checkbox"/> زمین خوردگی سقوط در سطح: ( <input type="checkbox"/> همتراز <input type="checkbox"/> غیر همتراز) ارتفاع سقوط:						
دارد	<input type="checkbox"/> سوختگی با: <input type="checkbox"/> جسم داغ <input type="checkbox"/> شیمیایی <input type="checkbox"/> مایعات داغ <input type="checkbox"/> الکتریکی <input type="checkbox"/> حریق درصد ..... درجه .....						
	<input type="checkbox"/> مسمومیت با: <input type="checkbox"/> مسمومیت با CO <input type="checkbox"/> دارو ..... <input type="checkbox"/> مواد مخدر <input type="checkbox"/> الکل <input type="checkbox"/> مواد سمی <input type="checkbox"/> شیمیایی <input type="checkbox"/> مواد شوینده						
	<input type="checkbox"/> جافو خوردگی	<input type="checkbox"/> خودکشی	<input type="checkbox"/> گرمزدگی	<input type="checkbox"/> غرق شدگی	<input type="checkbox"/> نیراندازی	<input type="checkbox"/> ضرب و جرح	<input type="checkbox"/> سرمازدگی
<input type="checkbox"/> تروما به	<input type="checkbox"/> شگستگی ...	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی	<input type="checkbox"/> برخورد جسم با بدن	سایر موارد: .....			
مدیریت راه هوایی	<input type="checkbox"/> اکسیژن تراپی		<input type="checkbox"/> Air way		<input type="checkbox"/> برانول: <input type="checkbox"/> خاکستری <input type="checkbox"/> سبز <input type="checkbox"/> صورتی <input type="checkbox"/> آبی		
ثابت سازی	<input type="checkbox"/> ساکشن		<input type="checkbox"/> اینتوباسیون		سرم .....		
	<input type="checkbox"/> Ked	<input type="checkbox"/> آتل بندی	<input type="checkbox"/> ست سرم	<input type="checkbox"/> کیت و لانست	<input type="checkbox"/> لازیکس ..... عدد		
	<input type="checkbox"/> تراکشن	<input type="checkbox"/> کلار	<input type="checkbox"/> باند	<input type="checkbox"/> سرجی فیکس	<input type="checkbox"/> کابنوپریل ..... عدد		
مانیترینگ	<input type="checkbox"/> بگ بوره	<input type="checkbox"/> نجات / رها سازی	<input type="checkbox"/> گاز	<input type="checkbox"/> آتل	<input type="checkbox"/> هیدروکورتیزون ..... عدد		
	<input type="checkbox"/> مانیتورینگ قلبی	<input type="checkbox"/> نوار قلب	<input type="checkbox"/> کلار گردنی	<input type="checkbox"/> لوله تراشه	<input type="checkbox"/> آتروپین ..... عدد		
	<input type="checkbox"/> شوک الکتریکی	<input type="checkbox"/> سرنگ	<input type="checkbox"/> سرساکشن	<input type="checkbox"/> اپی نفرین ..... عدد	<input type="checkbox"/> نالوکسان ..... عدد		
سایر	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/> تجویز دارو	<input type="checkbox"/> چست لید	<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> دیازپام ..... عدد		
	<input type="checkbox"/> تزریق سرم	<input type="checkbox"/> کنترل خونریزی/ بانسمان	<b>تجهیزات مصرفی از درمانگاه</b>		<input type="checkbox"/> دکستروز ۵۰٪ ..... عدد		
	<input type="checkbox"/> کنترل V/S	<input type="checkbox"/> چک قند خون	<input type="checkbox"/> برانول	<input type="checkbox"/> دارو	<input type="checkbox"/> دکستروز ۲۰٪ ..... عدد		
CPR	<input type="checkbox"/> موفق <input type="checkbox"/> ناموفق <input type="checkbox"/> فاقد اندیکاسیون CPR		<input type="checkbox"/> اقدامات درمانی:				
	مدت زمان انجام CPR: .....						
بیمارستان	<input type="checkbox"/> اعزام: بیمارستان پذیرش داده .....						
	<input type="checkbox"/> درمان سرپایی <input type="checkbox"/> راهنمایی به درمان و پیگیری						
بیمارستان	<input type="checkbox"/> عدم رضایت به اعزام ..... <input type="checkbox"/> انجام هماهنگی <input type="checkbox"/> تحویل به واحد امدادی کد .....						
	<input type="checkbox"/> لغو مأموریت <input type="checkbox"/> نشانی اشتباه <input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار <input type="checkbox"/> انتقال با وسیله شخصی <input type="checkbox"/> مأموریت کاذب <input type="checkbox"/> ۱۰-۷ آمبولانس <input type="checkbox"/> لغو درخواست						
	<input type="checkbox"/> فوت: <input type="checkbox"/> در محل <input type="checkbox"/> آمبولانس <input type="checkbox"/> بیمارستان						
شماره پزشکی	۱۰-۵۰ انجام شده <input type="checkbox"/> انجام نشد <input type="checkbox"/>		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:		مهر و امضاء پزشک:		
	<input type="checkbox"/> ثبت شد						