



Sheet No: 130  
1399/10/24-V1

مدیریت اورژانس پیش بیمارستانی و حوادث دانشگاه  
فرم گزارش راهنمایی تلفنی امداد خواه در: زایمان مادر باردار / مدیریت  
راه هوایی / احیاء قلبی ریوی موفق

تاریخ:  
شماره:  
پیوست:

شماره تماس امدادخواه	شماره مأموریت	پرسنل	نام	نام خانوادگی	کد عملیاتی*
		کارشناس ۱			
		کارشناس ۲			
<p>نام و نام خانوادگی بیمار: سن: ..... جنس: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث</p> <p>شکایت اصلی / نوع حادثه: .....</p> <p>مدت زمان تماس: ..... دقیقه اعزام به بیمارستان <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>زمان امداد خواهی: ..... زمان گزارش راهنمایی موفق به سوپروایزر: .....</p> <p>تعداد تماس پیگیری با امدادخواه برای راهنمایی مؤثر: .....</p> <p>سوپروایزر راهنمایی مؤثر در <input type="checkbox"/> رفع آسپیراسیون <input type="checkbox"/> احیاء موفق <input type="checkbox"/> کمک به مادر باردار در زایمان را <input type="checkbox"/> تأیید می کند <input type="checkbox"/> تأیید نمی کند.</p> <p>در شرح حال اولیه بیمار ..... ذکر شده است. بررسی مکالمه توسط واحد نظارت .....</p> <p>لذراهنمای مؤثر در <input type="checkbox"/> رفع آسپیراسیون <input type="checkbox"/> احیاء موفق <input type="checkbox"/> کمک به مادر باردار در زایمان مطابق اصول علمی و فنی مورد تأیید است.</p> <p>مهر و امضای واحد نظارت مهر و امضاء سوپروایزر Dispatch<sup>1</sup></p> <p>نام و نام خانوادگی سوپروایزر: Dispatch<sup>1</sup></p> <p>مهر و امضاء</p>					

۱- سایر شهرستانهای بجز اصفهان؛ جای سوپروایزر، کارشناس مرکز پیام و جای پزشک، مسئول اورژانس مهر و امضاء نماید.  
\* - تکمیل موارد ستاره دار ضروری می باشد  
اوراق اداری از ابزار کار هراداره/سازمان می باشد. ابزار ناقص یا عت کاهش کیفیت خدمات می باشد. هرگونه پیشنهاد و انتقاد را به واحد کنترل کیفیت گزارش نماید