



SheetNo:150
1401/04/05-V1

اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه اصفهان

چک لیست پایش و ارزیابی آمبولانس های غیر پیش بیمارستانی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

نام مرکز: کد آمبولانس: نوع و مدل آمبولانس: تیپ آمبولانس:

تاریخ و زمان بازدید: شهرستان: وضعیت آمبولانس در هنگام بازدید: در حال ماموریت درمانی استقرار در مرکز

ردیف	عنوان سؤالات	وضعیت	ملاحظات
۱	لباس و ظاهر پرسنل طبق دستورالعمل و تمیز است؟		
۲	با توجه به تیپ آمبولانس پرسنل دارای مدارک و صلاحیت علمی لازم جهت فعالیت در آمبولانس هستند؟		نواقض در توضیحات قید شود
۳	ضوابط برجسب نگاری و علائم بدنه آمبولانس مطابق دستورالعمل است؟ (درج کد و تیپ آمبولانس و نام مرکز و فاقد علائم اضافی و...)		
۴	نظافت کابین جلو و عقب و بدنه آمبولانس مناسب است؟		
۵	چیدمان تجهیزات تخصصی داخل کابین مناسب و طبق دستورالعمل و کارت معاینه استاندارد طبی تیپ متناظر است؟		
۶	آمبولانس دارای کارت معاینه استاندارد طبی معتبر و کدینگ می باشد؟		
۷	کارت معاینه استاندارد طبی داخل کابین عقب آمبولانس نصب شده است و اعتبار زمانی دارد؟		
۸	تعرفه حمل بیمار در داخل کابین عقب آمبولانس نصب شده است؟		
۹	چک لیست های شماره ۱۳۹ و ۱۴۰ در داخل آمبولانس موجود و تکمیل شده است؟ (چک لیست بازدید روزانه و بازدید ماهانه آمبولانس)		
۱۰	میزان اکسیژن کپسول های اکسیژن مرکزی آمبولانس بیشتر از ۵۰ درصد است؟		
۱۱	میزان اکسیژن کپسول پرتابل آمبولانس بیشتر از ۵۰ درصد است؟		
۱۲	الکترو شوک / ADE آماده به کار است؟ (میزان شارژ باتری، تست دستگاه، تمیز بودن دستگاه و پدلهای)		
۱۳	ساکشن پرتابل شارژی تمیز و آماده به کار است؟ (شارژ باتری، نظافت مخزن شیشه ای و لوله های رابط)		
۱۴	برانکارد آمبولانس و تجهیزات ثابت سازی (در صورت وجود با توجه به تیپ آمبولانس) سالم و تمیز است؟		
۱۵	آیا پرسنل مهارت استفاده از <input type="checkbox"/> الکتروشوک / AED ، <input type="checkbox"/> ساکشن ، <input type="checkbox"/> تجهیزات ثابت سازی و انتقال (برانکارد، بک بورد، و متعلقات، ترکشن، KED، و ... با توجه تیپ آمبولانس) را دارد؟		نواقض در توضیحات قید شود
۱۶	آیا تجهیزات تخصصی آمبولانس تیپ B (<input type="checkbox"/> پالس اکسی متر، <input type="checkbox"/> گلوکومتر، <input type="checkbox"/> تجهیزات ثابت سازی و انتقال، <input type="checkbox"/> ست زایمان) داخل آمبولانس موجود است؟		نواقض در توضیحات قید شود
۱۷	تجهیزات حفاظت فردی و کنترل عفونت (<input type="checkbox"/> لباس کامل، <input type="checkbox"/> محلول های ضد عفونی تجهیزات/ دست و سطوح ، <input type="checkbox"/> دستکش <input type="checkbox"/> ماسک <input type="checkbox"/> شیلد) داخل آمبولانس موجود است؟		نواقض در توضیحات قید شود
۱۸	آگاهی پرسنل از مباحث فنی آمبولانس و متعلقات مطلوب است؟		
۱۹	سیستم گرمایش و سرمایش ، آذیر و آلام های آمبولانس دارای کارکرد مطلوب است؟ (عدم وجود نقص فنی فوری)		
۲۰	تجهیزات و ابزار فنی مربوط به آمبولانس (جک، مثلث خطر، کپسول آتش نشانی، زنجیر چرخ و ابزار نجات و ...) کامل است؟		

چنانچه آمبولانس در زمان بازدید در حال انجام ماموریت و خارج از محل استقرار می باشد به سؤالات زیر نیز پاسخ داده شود .

الف	آیا انجام عملیات انتقال بیمار با اطلاع مرکز فرماندهی صورت گرفته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
ب	میزان رضایت بیمار و همراهان از برخورد پرسنل ، تجهیزات و خودرو آمبولانس چگونه است؟ <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> غیرقابل قبول
پ	فرم گزارش مراقبت از بیمار (PCR) و فرم حکم ماموریت به صورت کامل و خوانا تکمیل شده است؟ (تیب زمان ها ، مهر و امضا و ...) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
ت	تعرفه مصوب در انتقال بیمار رعایت شده است ؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیرقابل ارزیابی (ویژه آمبولانس های مراکز خدمات آمبولانس خصوصی)
ث	زمان رسیدن بر بالین بیمار چگونه است؟ <input type="checkbox"/> کمتر از ۳۰ دقیقه <input type="checkbox"/> ۳۰ تا ۶۰ دقیقه <input type="checkbox"/> بیش از ۶۰ دقیقه <input type="checkbox"/> غیرقابل ارزیابی (ویژه آمبولانس های خصوصی)

توضیحات:

مهر و امضا مسئول بازدید کننده

نام و نام خانوادگی پرسنل آمبولانس / مهر و امضا: