



مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی  
اصفهان  
SheetNo26  
1396/10/25-V1

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان  
فرم گزارش تصادف آمبولانس

تاریخ:

شماره ثبت / ردیف:

شماره پلاک:	شماره شاسی:	کد آمبولانس:	تاریخ وقوع:
ساعت وقوع:	راننده آمبولانس:	تکنسین ۱:	

زمان وقوع حادثه:

<input type="checkbox"/> طی مسیر اعزام بر بالین بیمار	<input type="checkbox"/> در محل حادثه	<input type="checkbox"/> حین انتقال بیمار به بیمارستان
<input type="checkbox"/> داخل بیمارستان	<input type="checkbox"/> حین برگشت به پایگاه	<input type="checkbox"/> داخل پایگاه
سایر موارد:		

شرح مختصر واقعه:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

مهر و امضاء

امدادگر / تکنسین

گزارش امور عمومی / نقلیه:

.....

.....

.....

.....

.....

مهر و امضاء امور عمومی / نقلیه

دستور امور اداری:

.....

.....

.....

آیا نیاز به طرح موضوع در کمیته تصادفات می باشد؟

مهر و امضاء امور اداری

عکس از محل خسارت / آسیب دیده آمبولانس و کروکی تصادف الزامی می باشد.



مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی  
استان اصفهان

SheetNo26

1396/10/25-V1

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان  
فرم گزارش تصادف آمبولانس

تاریخ:

شماره ثبت/ردیف:

محل خسارت به آمبولانس را علامت بزنید

