

مشخصات	تکنسین ۱	تکنسین ۲	شرح حال گیرنده	پزشک	مسئول اعزام	سوپروایزر
کد عملیاتی						
نام و نام خانوادگی						
تلفن						

کدهای در حال مأموریت (فاقدی):

کد آمبولانس	تماس اول	ارسال به ۸۰۰	ابلاغ به پایگاه	رسیدن به گوشی	مشاهده مأموریت	حرکت از پایگاه	رسیدن به محل	حرکت از محل	رسیده به بیمارستان	حرکت از بیمارستان	رسیدن به پایگاه	شماره مأموریت	نوع حادثه/بیماری
		

زمان	نام کارشناس	خلاصه مکالمه

تاریخ	اقدامات/یادداشت

مسئول رسیدگی	<input type="checkbox"/> اثبات اتهام/ادعا (تلف) <input type="checkbox"/> رد اتهام <input type="checkbox"/> عدم اثبات اتهام/ادعا
	علل سافتماری <input type="checkbox"/> فراموشی یا فقدان آمبولانس یا تجهیزات تخصصی <input type="checkbox"/> درخواست خارج از سیاستهای فعلی سازمان <input type="checkbox"/> سایر
	علل پرسنلی <input type="checkbox"/> کوتاهی در انجام وظیفه <input type="checkbox"/> مهارتهای علمی عملی <input type="checkbox"/> فسادات یا سوء استفاده مالی به/از بیمار <input type="checkbox"/> اخلاقی
	جلب رضایت شاکی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> غیر <input type="checkbox"/> ارجاع به دیگر مراجع
فاطمی: <input type="checkbox"/> پرسنل و امداد ارتباطات <input type="checkbox"/> پرسنل کد <input type="checkbox"/> سافتمار و قوانین موهوم <input type="checkbox"/> آمبولانس فصوصی <input type="checkbox"/> مرکز درمانی <input type="checkbox"/> میپکدام <input type="checkbox"/> شماره بایگانی	

اینجانب کارشناس کاردان امدادگر فوریتهای پزشکی شاغل در متعهد می گردم کلیه قوانین و دستورالعمل های اداره اورژانس پیش بیمارستانی را رعایت نموده، در صورت بروز مجدد هرگونه قصور یا تخلف، طبق مقررات با اینجانب برخورد گردد.
نام، نام خانوادگی:
تاریخ و امضاء:

توضیحات:

مهر و امضاء مسئول رسیدگی به شکایات: