



SheetNo:4  
1398/08/16-V5

تاریخ:

شماره:

مدیریت اورژانس پیش بیمارستانی و حوادث دانشگاه

پیوست:

فرم گزارش احیاء قلبی ریوی موفق / کمک به مادر باردار در زایمان

کد آمبولانس	شماره مأموریت	پرسنل عملیاتی	نام	نام خانوادگی	کد عملیاتی*
		تکنسین ۱			
		تکنسین ۲			
		تکنسین ۱			
		تکنسین ۲			

نام و نام خانوادگی بیمار: سن: ..... جنس:  مذکر  مؤنث

شکایت اصلی/نوع حادثه: .....

مدت زمان انجام CPR: ..... دقیقه اعزام به بیمارستان: .....

زمان امداد خواهی: ..... زمان گزارش احیاء موفق به سوپروایزر: .....

ساعت تماس با سوپروایزر بیمارستان: ..... نام سوپروایزر بیمارستان: .....

سوپروایزر بیمارستان  احیاء موفق  کمک به مادر باردار در زایمان را  تأیید می کند  تأیید نمی کند.

در شرح حال اولیه بیمار  ایست قلبی  ایست تنفسی ذکر شده است. در گزارش فرم PCR  ایست قلبی  ایست تنفسی ثبت شده است. اقدامات انجام شده توسط کد شامل  ماساژ قفسه سینه  دفیبریلاسیون  کاردیوورژن  اینتوباسیون  حمایت تنفسی با آمبویگ انجام شده است. لذا  احیاء موفق  کمک به مادر باردار در زایمان مطابق اصول علمی و فنی مورد تأیید است.

مهر و امضاء پزشک Dispatch<sup>1</sup>

نام و نام خانوادگی سوپروایزر Dispatch<sup>1</sup>:

مهر و امضاء

<sup>۱</sup> - 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 هر اداره/سازمان می باشد. ابزار ناقص یا عت کاهش کیفیت خدمات می باشد. هر گونه پیشنهاد و انتقاد را به واحد کنترل کیفیت گزارش نمایید