

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان
چک لیست تحلیل عملیات

تاریخ:

شماره مأموریت :

کد پایگاه:

شهرستان:

بله / کامل	فیتر / ناقص		
		۱. اطلاعات عمومی (سن ، جنس و ...)	۱. افزودن شرح حال
		۲. Cc (شکایت اصلی)	
		۳. Present Illness (بیماری فعلی)	
		۴. Past History (سابقه قبلی)	
		۱. آیا نوع حادثه سوال شده است؟	۲. موارد حادثه ۳. سوال در
		۲. آیا شدت یا مکانیسم حادثه سوال شده است؟	
		۳. آیا تعداد حادثه دیده سوال شده است؟	
		۳. آیا به فرد تماس گیرنده مشاوره داده شده است ؟ (در صورت لزوم)	۱) عملکرد اتاق فرمان در مدیریت عملیات
		۴. آیا اطلاعات محل امدادخواهی از فرد گرفته شده است ؟ (تلفن و آدرس)	
		۵. آیا کد اعزامی نزدیکترین کد به محل وقوع حادثه بوده است ؟	
		۶. آیا انتقال اطلاعات (شماره عملیات ، آدرس ، شرح حال ، نوع حادثه و تعداد مصدومین) از طرف EOC به واحد امدادی صورت گرفته است؟	
		۷. آیا در مکالمه احترام ارباب رجوع حفظ شده است و به مکالمه فرد دقت کافی شده است؟	
		۸. آیا در صورت بروز حادثه ویژه اطلاع رسانی دقیق به EOC استان صورت گرفته است؟	
		۹. آیا با توجه به تعداد مصدومان کد عملیاتی اعزام شده است؟	
		۱۰. آیا ۵۰-۱۰ مناسب توسط پزشک اتاق فرمان صورت گرفته است. (در صورت لزوم)	
		۱. آیا زمانهای اعلام شده توسط کد عملیاتی صحیح و دقیق ثبت شده است؟	
		۲. آیا اطلاعات مربوط به کارشناس اتاق فرمان ، پزشک تکنسین ها و کد آمبولانس به طور کامل ثبت شده است؟	
		۴. آیا مشخصات فردی بیمار به طور کامل و دقیق ثبت شده است ؟	
		۵. آیا شرح حال بیمار ثبت شده است؟ (نوع حادثه و تعداد حادثه دیدگان)	
		۶. آیا اقدامات انجام شده ثبت شده است ؟	
		۷. آیا موارد ثبت شده در پرونده با مکالمه ضبط شده مطابقت دارد؟	
		۹. آیا علائم حیاتی بیمار ثبت شده است؟	
		۱۰. آیا در مورد بیماران unstable علائم حیاتی هر ۵ دقیقه چک و ثبت شده است؟	
		۱۱. آیا اطلاعات محل امداد خواهی دقیق و کامل ثبت شده است؟	
		۱۲. آیا بند مربوط به ۵۰-۱۰ تکمیل شده است؟	
		۱۳. آیا نتیجه عملیات ثبت شده است؟ (لغو مأموریت ، اعزام ، فوت و عدم رضایت)	

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان
چک لیست تحلیل عملیات

تاریخ:

بله / کامل	خیر / ناقص			
		(۱) عملکرد پرسنل واحد امدادی در عملیات	۱. آیا انتقال بیمار بصورت استاندارد صورت گرفته است؟	
			۲. آیا ارزیابی مناسب انجام شده است؟	
			۳. آیا اقدامات درمانی مناسب انجام گرفته است؟	
			۴. آیا داروهای مناسب تجویز شده است؟	
			۵. آیا ۵۰-۱۰۰ انجام شده است؟	
			۶. آیا ۵۰-۱۰۰ در زمان مناسب انجام شده است؟	
			۷. آیا دستور پزشک (Order) اجرا شده است؟	
			۸. آیا زمانهای مأموریت به ا تاق فرمان اطلاع داده شده است؟	
			۹. آیا رعایت احترام بیمار صورت گرفته است؟	
		(۲) عملکرد پرسنل در ثبت اطلاعات	۱. آیا زمان های مأموریت در فرم عملیات ثبت شده است؟	
			۲. آیا کلیه اطلاعات عنوان شده در فرم (نام تکنسین ، کد آمبولانس ، تاریخ عملیات ، شماره مأموریت ، آدرس محل حادثه ، مشکل اصلی بیمار ، نوع حادثه و ...) ثبت شده است؟	
			۳. آیا اطلاعات فردی بیمار ثبت شده است؟	
			۴. آیا کلیه اقدامات درمانی انجام شده ثبت شده است؟	
			۵. آیا اقدامات درمانی ثبت شده در فرم با مکالمه ضبط شده مطابقت دارد؟	
			۶. آیا علائم حیاتی بیمار ثبت شده است؟ (طی دو مرحله)	
			۷. آیا نتیجه عملیات ثبت شده است؟	
			۸. آیا در صورت عدم رضایت بیمار مبنی بر عدم انتقال، برائت فرم کامل پر شده است؟ (امضا و اثر انگشت از بیمار/ فامیل درجه ۱)	
			۹. آیا فرم اعزام بصورت کامل تکمیل شده است؟	
			(۳) زمان مأموریت	۱. آیا زمان اعلام عملیات به کد عملیاتی توسط اتاق فرمان مناسب است؟ (استاندارد)
				۲. آیا زمان رسیدن آمبولانس طبق میانگین استاندارد است؟
		۳. آیا زمان توقف در بیمارستان مناسب می باشد؟		
		۴. آیا زمان اعلام ۲۴-۱۰ تا زمان ۸-۱۰ مناسب بوده است؟		
		۵. آیا زمان اعلام پیام تا زمان اعزام مناسب بوده است؟		
		جمع کل : ۵۳ مورد		
		تعداد کل موارد نقص در انجام عملیات :	تعداد موارد نقص در بند ب :	
		تعداد موارد نقص در بند الف :	تعداد موارد نقص در بند ج :	



مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی
اصفهان
SheetNo:60
1397/0710-V2

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان چک لیست تحلیل عملیات

تاریخ:

موارد نقص / قابل تأمل :

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.
- ۵.
- ۶.

نکات مثبت :

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.
- ۵.
- ۶.

پیشنهادات :

.....

.....

.....

.....

.....

حاضرین در جلسه

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	شماره تماس	امضاء
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				