



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران
فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مصوریت : 1398/8/26
شماره سریال پرونده : X6601846
کد آمبولانس : 6242

تاریخچه پزشکی بیمار				تاریخچه داروی مصرفی					
<input type="checkbox"/>	فیثت	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input checked="" type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی				
<input type="checkbox"/>	سابقه بدخیمی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input checked="" type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون				
<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد				
<input type="checkbox"/>	نوی	<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	مغولیت				
<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عصبی	حساسیت دارویی یا ذکر نام ندارد					
علامه حیاتی									
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
00:00	15	145/80	85	109	97	4	5	6	15
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه			بررسی مژگنها			
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی			سمع <input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> بلادم طولانی / ویز			سمع <input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> دیلاته <input type="checkbox"/> مپوتیک <input type="checkbox"/> بدون پسخ			
									<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			
تروما									
<input checked="" type="checkbox"/> نه با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> انواع تروما : <input type="checkbox"/> با ذکر علت آسیب						عملیات رهسازی بر روی مصوم : <input type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکبیین <input type="checkbox"/> در حضور تکبیین			
انواع ضربه									
				<input type="checkbox"/> پارده شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> جراحه سوختگی :- <input type="checkbox"/> جراحه سوختگی :- <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> ضربه حسی <input type="checkbox"/> ضربه حرکتی		<input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی بسته <input checked="" type="checkbox"/> بیش فستال دارد <input type="checkbox"/> کوفتگی <input type="checkbox"/> سوخاخ شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی		<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input checked="" type="checkbox"/> کراتیدگی <input type="checkbox"/> قدردن <input type="checkbox"/> له شدگی <input type="checkbox"/> تورم <input type="checkbox"/> در رفتگی	



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6601846

کد آمبولانس : 6242

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	مشورات :	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ملبیورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CPR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> بانسان و تنور خونریزی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> لوله گذاری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مناسر هسه سینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ویکس سروکرفن	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ویکس سنون قران	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
برگشت نامه										
شماره برگشت نامه						اینجانب خدمت/آقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل اعضا و اثر انگشت شاهد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت				
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی				
		با آقای محمودی اعلام 1041 .. 18:40 // 1021 96 بیمارستان // 19:08 اکسیژن تراپی و آی وی صورت تروما به اکسی پیتال / بعلت حوادث یزین و قطع . kvo ایترنمت تمامی تملن ها بصورت هستی شد طی هماهنگی سرپرست ارتباطات				نام مرکز درمانی امام حسین (ع) تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی نام پزشک تحویل گیرنده کد پزشک تحویل گیرنده تحویل بدون رضایت				

سند شماره ۲- تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۹۰۱۵، نام و نام خانوادگی امیر حسین حیدری ترکمان، سن ۱۹ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات در منطقه اسلامشهر / شهرک مهدیه / فلکه مهدیه / **موتور با پراید** / مصدوم / اعزام به مرکز درمانی امام رضا اسلامشهر

انواع تروما: بلانت

علائم: تصادفات (پراید با موتور) / تدرنس / خراشیدگی / کوفتگی



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران
فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26
شماره سریال پرونده: X6606545/02
کد آمبولانس: 9015

مشخصات عمومی بیمار										
شکایت اصلی بیمار CC		جنس: <input type="checkbox"/> زن <input checked="" type="checkbox"/> مرد		میت ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		نام و نام خانوادگی: امیر حسین حیدری ترکمان				
موت <input type="checkbox"/>		مادر <input checked="" type="checkbox"/>		یا مشخص <input type="checkbox"/>		حرفه سن: سال 19		ماه 0		
				کد ملی 0		آدرس محل فوریت: اغتشاشات در منطقه اسلامشهر / شهرک مهدیه / فلکه مهدیه / موتور با پراید / مصدوم / موتور با پراید / آمبولانس 115				
				تلفن شخصی		تلفن پشتیبانی				
کیلومتر آمبولانس			کد پرسنل آمبولانس			ثابت زمان				
کیلومتر حرکت			120007			19:12:07		رسیدن به مرکز درمانی		دریافت مأموریت
کیلومتر رسیدن به محل فوریت			150136			19:43:46		تحويل به مرکز درمانی		حرکت از پایگاه
کیلومتر پایان مأموریت			0					پایان مأموریت		رسیدن به محل فوریت
کیلومتر رسیدن به پایگاه								رسیدن به پایگاه		حرکت از محل فوریت
کیلومتر سوختگیری										
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت				
<input type="checkbox"/> سردی و جرح <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> افزایش فشارخون <input type="checkbox"/> سردشکمی <input type="checkbox"/> درد شکمی <input type="checkbox"/> رینال کولیک <input type="checkbox"/> راین <input type="checkbox"/> خط			<input type="checkbox"/> گیجی <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> دردهای شکمی <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> سینه درد <input type="checkbox"/> کله‌کله <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> سبکی سر <input type="checkbox"/> سیر			<input type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/> جراحت درمانی <input type="checkbox"/> تدارکاتی <input type="checkbox"/> تریاژ <input type="checkbox"/> بزرگراه <input checked="" type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه روستایی <input type="checkbox"/> سایر یا ذکر نام: سیر				
شرح حوادث										
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل					
<input type="checkbox"/> تشنیت <input type="checkbox"/> سردمغزگی <input type="checkbox"/> گزاف حشرات / خزندگان <input type="checkbox"/> سیر <input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> خورق شدگی در آب <input type="checkbox"/> کودکشی <input type="checkbox"/> گرما زدگی <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> مسمومیت <input type="checkbox"/> سقوط <input type="checkbox"/> غیر متعارف <input type="checkbox"/> تروما در اثر یکدیگر <input type="checkbox"/> سیر					
					<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه <input type="checkbox"/> چاده ای <input type="checkbox"/> خودرو سبک <input checked="" type="checkbox"/> خودرو سنگین <input type="checkbox"/> موتور <input type="checkbox"/> سایر					
					<input type="checkbox"/> چشمت ضعیف <input type="checkbox"/> کلپز <input type="checkbox"/> براننده <input checked="" type="checkbox"/> سرشبین <input type="checkbox"/> لباسکس <input type="checkbox"/> سیر					



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران
فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مصوریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6606545/02

کد آمبولانس: 9015

تاریخچه پزشکی بیمار					تاریخچه داروی مصرفی					
<input type="checkbox"/>	بیابیت	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input type="checkbox"/>	اسم	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قبلی	ندارد		
<input type="checkbox"/>	سابقه پزشکی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	مسکته مغزی	<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون			
<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	روانی	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد			
<input type="checkbox"/>	نوی	<input type="checkbox"/>	عسرع	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	مطولیت			
<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عفونی	حساسیت دارویی یا ذکر نام ندارد						
علامه حیاتی										
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15	
19:02:20	16	110/80	100	153	98	4	5	6	15	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مرفهها			
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی			سمع		<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> بلغم طولانی / ویزر		<input checked="" type="checkbox"/> سمع <input type="checkbox"/> ریتم		اندازه	
			ریتم						<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> دیلاته <input type="checkbox"/> هیپوتیک <input type="checkbox"/> بدون پلنخ	
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم		<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم		<input checked="" type="checkbox"/> ریتم <input type="checkbox"/> ریتم		<input type="checkbox"/> ریتم <input type="checkbox"/> ریتم	
تروما										
<input type="checkbox"/> نفاذ با ذکر علت آسیب <input checked="" type="checkbox"/> انواع تروما : <input checked="" type="checkbox"/> حالت با ذکر علت آسیب					عملیات رهسازی بر روی صورت : <input checked="" type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکبیین <input type="checkbox"/> در حضور تکبیین					
توابع ضایعه										
		عقب -			جلو 34	<input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> ضایعه حسی <input type="checkbox"/> ضایعه حرکتی	<input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی بسته <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/> گرفتگی <input type="checkbox"/> سوخا شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی	<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input checked="" type="checkbox"/> کراشیدگی <input checked="" type="checkbox"/> قدرنس <input type="checkbox"/> له شدگی <input type="checkbox"/> تورم <input type="checkbox"/> در رفتگی		



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6606545/02

کد آمبولانس : 9015

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	مشاورات :	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مایتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادرب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بانسان و مننول خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> منسلر همسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سوگراپ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون فزات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-					
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-					
برگشت نامه										
شماره برگشت نامه						اینجانب خدمت آقای				
نام و نام خانوادگی شاگرد			نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل احضا و اثر انگشت شاگرد			محل احضا و اثر انگشت ارشد			محل احضا و اثر انگشت				
اقلام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی				
						نام مرکز درمانی امام رضا (ع) (سالمشهر سعیدیه)				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی				
						نام پزشک تحویل گیرنده				
						کد پزشک تحویل گیرنده				
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت				

سند شماره ۳- تاریخ مأموریت ۲۴ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۶۲۱۳، نام و نام خانوادگی هدایت نیکنام، سن ۳۹ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات در منطقه میدان راه آهن/ روبروی ایستگاه راه آهن/ اعزام به مرکز درمانی لقمان، ساعت ۳۰ دقیقه [بامداد]

علائم: ضرب و جرح

توضیحات و ملاحظات مأموریت: مددجو آقا با سابقه بیماری مشخص. علائم حیاتی چک شد معاینات بالینی انجام گردید. در درگیری دچار تروما به سر شده است بیمار در محل سرپا بوده و محل تجمع وسیع بوده ۱۰۶۰. در صحنه حاضر بوده است. چست پین و دیس پنه ندارند فورس اندام ها نرمال میباشد جهت بررسی بیشتر به بیمارستان منتقل گردید



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/24

شماره سریال پرونده: X6593381

کد آمبولانس: 6213

مشخصات عمومی بیمار										
شکایت اصلی بیمار CC		جنس: <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص		ملیت: <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی		نام و نام خانوادگی: هدایت نیکنام		حدود سن: 39 سال		کد ملی: 0
*****		*****		*****		ادرس محل فوریت: اغتشاشات منطقه ۱۳ میدان راه آهن/ رو به روی ایستگاه راه آهن/ آمبولانس/ موتورلانس #		تلفن اصلی: *****		تلفن پشتیبانی: *****
کیلومتر آمبولانس			کد پرسنل آمبولانس			ثبت زمان				
*****	کیلومتر حرکت	340019	کد تکمیلین ارشد	00:17:51	رسیدن به مرکز درمانی	*****	دریخت مأموریت			
*****	کیلومتر رسیدن به محل فوریت	340026	کد تکمیلین 1	00:32:06	تحويل به مرکز درمانی	*****	حرکت از پایگاه			
*****	کیلومتر پایان مأموریت	0	کد تکمیلین 2	*****	پایان مأموریت	*****	رسیدن به محل فوریت			
*****	رسیدن به پایگاه	-	راهنما بردارگر	*****	رسیدن به پایگاه	*****	حرکت از محل فوریت			
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت				
<input checked="" type="checkbox"/> ضرب و جرح	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> گلبی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحسی	<input type="checkbox"/> بویشتی	<input type="checkbox"/> تگی نفس	<input type="checkbox"/> آموزشی	<input type="checkbox"/> مسکونی			
<input type="checkbox"/> هیستریک	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> تپش	<input type="checkbox"/> درخشش	<input type="checkbox"/> تازی نید	<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی	<input type="checkbox"/> صنعتی			
<input type="checkbox"/> درد شکمی	<input type="checkbox"/> مایوگیسمی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحسی	<input type="checkbox"/> کهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> بیوشش گکرا	<input type="checkbox"/> تعریق	<input type="checkbox"/> اداری	<input type="checkbox"/> اسکان ورزشی و تفریحی			
<input type="checkbox"/> زوال کویک	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> سکنه مغزی	<input type="checkbox"/> سهال	<input type="checkbox"/> تب و لرز	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> بزرگراه	<input type="checkbox"/> معدن ترافیکی آزاد راه			
<input type="checkbox"/> زایمان	<input type="checkbox"/> مایوگیسمی	<input type="checkbox"/> کاهش فشار	<input type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> گراموشی بعد از ترمیمه	<input type="checkbox"/> راه فرعی	<input checked="" type="checkbox"/> راه اصلی			
<input type="checkbox"/> سقط	<input type="checkbox"/> اضطرابات	<input type="checkbox"/> اختلال زوایی	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> راه روستایی					
سایر: -			سایر یا ذکر نام: سایر			سایر یا ذکر نام: -				
محل حوادث										
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل					
<input type="checkbox"/> کشوخت	<input type="checkbox"/> تصددا راه هوایی	<input type="checkbox"/> شرق شدگی در آب	<input type="checkbox"/> وسيله نقلیه	<input type="checkbox"/> وضعیت مصوم						
<input type="checkbox"/> برهم خوردگی	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی	<input type="checkbox"/> خوردگشی	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> کجبر						
<input type="checkbox"/> گزش هشارت، گزندگان	<input type="checkbox"/> حیوان گزیدگی	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> دریلایی	<input type="checkbox"/> خوردو سیک						
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> مایعات داغ	<input type="checkbox"/> شیبویی	<input type="checkbox"/> ریلی	<input type="checkbox"/> خوردو مشگین						
<input type="checkbox"/> لنگل	<input type="checkbox"/> مواد مخدو	<input type="checkbox"/> دارو	<input type="checkbox"/> سمومیت	<input type="checkbox"/> موتور						
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> برهمورد با نیروی مشکبکی بیجان	<input type="checkbox"/> غیر همتراز	<input type="checkbox"/> سقوط	<input type="checkbox"/> شوچرخه						
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> تروما در اثر بکهدان	<input type="checkbox"/> تروما در اثر بکهدان	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر						



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران
فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/24

شماره سریال پرونده: X6593381

کد آمبولانس: 6213

نتیجه مأموریت:	مأموره پزشکی	داری و سرم مصرفی				اقدامات درمانی		
		نحوه تجویز	دوز	نام داری	زمان	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مغیورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکنین
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> سوج حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR
<input type="checkbox"/> مأموریت کلاب / مأموریت تشقیق	مستورات:	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بنسمن و کنترل خونریزی
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-----	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> منشاژ هسه سینه
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن سرورگرن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن ستون قرات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشوره لازم
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-			
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-			
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی		-	-	-	-			
<input type="checkbox"/> انتقال یا خودروی شخصی		-	-	-	-			
برگشت نامه								
شماره برگشت نامه			اینجانب خدمت/القای					
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			حالت عدم پذیرش		
محل اعضا و اثر شکست شاهد			محل اعضا و اثر شکست ارشد			محل اعضا و اثر شکست		
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی		
		<p>مدمجوالقا پسایقه بیماری مشخص علامت حیاتی چک شد</p> <p>معاینات بلطی انجام گردید. دردگیری دچار تروما په سر شده است بیمار در محل سرپیوده و محل تجمع وسیع بوده 1060. درصحنه حاضر بوده است. چست بین و دیس په ندارند فورس اندام ها نرمال میباشد جهت بررسی بیشتر په بیمارستان منتقل گردید. خبت ترافیک مسجر.</p>				<p>نام مرکز درمانی: تهران (دکلی 305-243-294)</p> <p>تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی: 00:30</p> <p>نام پزشک تحویل گیرنده: بیمارستان تهران</p> <p>کد پزشک تحویل گیرنده: 10001</p>		
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت		



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران
فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مصوریت : 1398/8/25
شماره سریال پرونده : X6600577
کد آمبولانس : 5063

تاریخچه پزشکی بیمار					تاریخچه داروی مصرفی					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
فیبت	سابقه جراحی	اسم	بیماریهای قلبی	تغییرات فشار خون	سابقه پدیکیمی	مشکلات گوارشی	سکته مغزی	سوء مصرف مواد	مغولیت	حساسیت دارویی یا ذکر نام #
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
مشکلات گوارشی	مشکلات کلیوی	روانی	سابقه تروما	صبر	بیماریهای عصبی	سفر				
علامه حیاتی										
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15	
00:35:36	10	110/70	78	-	98	4	5	6	15	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مریکها			
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفایی		سمع	L	R		سمع	L	اندازه	R	
			<input checked="" type="checkbox"/> نرمال	<input checked="" type="checkbox"/> نرمال	<input checked="" type="checkbox"/> نرمال		<input checked="" type="checkbox"/> نرمال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نامنظم		ریتم	<input type="checkbox"/> رال	<input type="checkbox"/> باردم طولانی / ویز		ریتم	<input type="checkbox"/> دیلاته	<input type="checkbox"/> میوتیک	<input type="checkbox"/> بدون پلنخ	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
تروما										
<input type="checkbox"/> نافذ با ذکر علت آسیب <input checked="" type="checkbox"/> لانت با ذکر علت آسیب					عملیات رهاسازی بر روی صدوم : <input checked="" type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکبیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکبیسین					
انواع تروما :										
انواع ضربه										
		عقب			چلو	<input type="checkbox"/> پارده شدگی <input type="checkbox"/> پسته <input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> جراحه سوختگی :- <input checked="" type="checkbox"/> صده سوختگی :- <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> تشویه حس <input type="checkbox"/> تشویه حرکتی				
mt		mt	mt		<input type="checkbox"/> کوفتگی <input checked="" type="checkbox"/> کوفتگی <input checked="" type="checkbox"/> وراخ شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی					
					<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input type="checkbox"/> کراتیدگی <input checked="" type="checkbox"/> قدرسن <input checked="" type="checkbox"/> له شدگی <input checked="" type="checkbox"/> تورم <input type="checkbox"/> در رفتگی					



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6600577

کد آمبولانس: 5063

نتیجه مأموریت	مأموره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشکی					<input type="checkbox"/> مافیوترینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کالپ / مأموریت اشتباه	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	هستوارت:	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا	-----	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بانسن و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مناساز هسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> استقرار	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگراف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> فیکس ادرنهها	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشاوره لارم	<input type="checkbox"/>
برکت نامه									
شماره برکت نامه					اینجانب خدمت/ آقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل اعضا و اثر انگشت شاهد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت			
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی			
			مورد آقا با مشخصات ذکر شده حدود یک ساعت پیش دچار تروما و درد از ناحیه فمور چپ و لگن شده است. علائم حیاتی چک شد اقدامات لارم انجام شد. فیکس شد با رگ بار و اکسیژن منتقل شد. ثبت تراهیک مسیر--			نام مرکز درمانی و ویسیر لجا شماره 1 تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی			
						نام پزشک تحویل گیرنده			
						کد پزشک تحویل گیرنده			
						تحویل بدون رضایت <input type="checkbox"/>			



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6598168

کد آمبولانس : 6018

نتیجه مأموریت	مأموره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		کد پزشکی	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مغیورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کلاب / مأموریت اشتباه	مستورات :	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اجازت	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بکس سرورگرن	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بکس سنون قرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال یا خودروی شخصی	-	-	-	-	-				
برگشت نامه									
شماره برگشت نامه			ایجاب خدمت / آقایی						
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			حالت عدم پذیرش			
محل اجزاء و اثر شکست شاهد			محل اجزاء و اثر شکست ارشد			محل اجزاء و اثر شکست			
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی			
		فرم صورت هستی بسته شد				نام مرکز درمانی لقمان (دکلنی 305-243-294)			
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی			
						19:17			
						نام پزشک تحویل گیرنده			
						بیمارستان لقمان			
						کد پزشک تحویل گیرنده			
						10001			
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مسمومیت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6597536/03

کد آمبولانس : 5274

نتیجه مأموریت	مشموره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	مشمورات :	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ملبیترینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مرص حال و معاینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت پشتیبان		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> باسمن و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ امضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مناسر هسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن سروگر ان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> بیکن اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن سنون خزان	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشوره لارم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-					
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-					
برگشت نامه										
شماره برگشت نامه					اینجانب کدام آقای					
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل امضا و اثر انگشت شاهد			محل امضا و اثر انگشت ارشد			محل امضا و اثر انگشت				
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی				
		قبیل از رسیدن از محل حادثه به قرارگاه راهور منتقل گردیده بوده علائم حیاتی کنترل شد. اقدامات درمانی و اولیه انجام شد جهت ادامه ی درمان سریعاً تحویل مرکز درمانی شد.				نام مرکز درمانی حضرت رسول				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 18:54				
						نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان حضرت رسول				
						کد پزشک تحویل گیرنده 10004				
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6598454

کد آمبولانس : 6164

نتیجه مأموریت	شماره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نوع تجویز	دوز	تمام دارو	زمان	قبل	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشکی	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مانیفستریک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه براساسه مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت پشتیبان	استورات :	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> بانس و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-----	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و لکذ احضا	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ماسک گهسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکن اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن ستون قرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشاوره لارم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-				
برگشت نامه									
شماره برگشت نامه					ایمپجیب خدمت/ آقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل احضا و اثر انگشت شاهد			محل احضا و اثر انگشت ارشد			محل احضا و اثر انگشت			
اقلام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی			
معاینه دستکش معاینه دستکش معاینه دستکش معاینه دستکش معاینه دستکش نیلونی دستکش نیلونی دستکش نیلونی دستکش نیلونی دستکش نیلونی دستکش نیلونی دستکش نیلونی دستکش نیلونی دستکش نیلونی دستکش نیلونی دستکش صورت ملحفه برانکاردر بوار تست گلوکومتر پتر نجات پد گفولای بیخی، کر لار گرهنی، گاز، M الکلی، چسب 3 استریل، گاز استریل، گاز استریل، گاز استریل، گاز استریل، گاز استریل، گاز غیر استریل، گاز غیر استریل، گاز			مددجو اظهار دارد فرد شناسی به وی حمله کرده و مورد ضرب و شتم قرار داده است معاینات بالینی و اوردیجی تروما انجام شد اقدامات اولیه انجام شد به مرکز درمانی منتقل شد مأموریت از طریق پیسیم و تلفن 16:54 اعلام شد 19:27 مأموریت روی اتومبیلون آمد همراه ندارد منتظر همراه هستیم			نام مرکز درمانی بهارنو تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی نام پزشک تحویل گیرنده کد پزشکی تحویل گیرنده تحویل بدون رضایت			



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران
فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مصرفیت : 1398/8/26
شماره سریال پرونده : X6605444/07
کد آمبولانس : 6002

تاریخچه پزشکی بیمار						تاریخچه داروی مصرفی			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیابیت	سابقه چرخش	سابقه چرخش	سابقه چرخش	سابقه چرخش	سابقه چرخش	بیماریهای قلبی	تغییرات فشار خون	سوء مصرف مواد	مطولیت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سابقه پدکیمی	مشکلات گوارشی	مشکلات گوارشی	مشکلات گوارشی	مشکلات گوارشی	مشکلات گوارشی	سکته مغزی	روائی	سابقه تروما	صنایعت دارویی یا ذکر نام #
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماریهای خاص	مشکلات کلیوی	مشکلات کلیوی	مشکلات کلیوی	مشکلات کلیوی	مشکلات کلیوی	سرع	بیماریهای عفونی	سایر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
علائم حیاتی									
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
19:44:59	16	150/90	100	140	97	4	5	6	15
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مریضها		
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی			سمع		سمع		<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> دیلاته <input type="checkbox"/> میوتیک <input type="checkbox"/> بدون پلنج		
			L	R	L	R			
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نامنظم			ریتم		ریتم		<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> دیلاته <input type="checkbox"/> میوتیک <input type="checkbox"/> بدون پلنج		
			L	R	L	R			
تروما									
<input type="checkbox"/> نفاذ با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> انواع تروما : <input type="checkbox"/> لامت با ذکر علت آسیب					<input type="checkbox"/> عظیبات رهاسازی بر روی صورت <input type="checkbox"/> قیال از رسیدن تکلیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین				
انواع ضایعه									
		عقب mt			جلو mt	<input checked="" type="checkbox"/> پارده شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> بریده سوختگی :- <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> ضایعه حسی <input type="checkbox"/> ضایعه حرکتی	<input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> جفتن دیستال دارد <input type="checkbox"/> گرفتگی <input type="checkbox"/> سوراخ شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی	<input type="checkbox"/> بسته <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input type="checkbox"/> کمرشیدگی <input type="checkbox"/> قدردنس <input type="checkbox"/> له شدگی <input type="checkbox"/> تورم <input type="checkbox"/> در رفتگی



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6605444/07

کد آمبولانس: 6002

نتیجه مأموریت	مأموره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	مستورات :	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ملبیتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بروج حال و معاینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت پشتیبان		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> بسمان و کنترل خونریزی	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ماسک فکسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن سروکتران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن ستون قرائت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مأموره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-					
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-					
برگشت نامه										
شماره برگشت نامه						اینجانب خدمت/اقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل اعضا و اثر انگشت شاهد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت				
اقلام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی				
						نام مرکز درمانی فیروزگر				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 21:26				
						نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان فیروزگر				
						کد پزشک تحویل گیرنده 10006				
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت				

سند شماره ۹ - تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۵۰۶۴، نام و نام خانوادگی فرشید فرهمند، سن ۲۱ سال،
 آدرس محل فوریت: اغتشاشات در منطقه ۵/ ستاری شمالی/ روبروی پاساژ کوروش/ روبرو بانک پاسارگاد/ **مصدوم بدحال** /
 اعزام به مرکز درمانی : حضرت رسول / ساعت تحویل : ۶ و ۲۷ دقیقه
 علائم : خونریزی / ضرب و جرح/ خراشیدگی / تورم / پاره شدگی / تدرنس

توضیحات و ملاحظات مأموریت : مورد آقا به دنبال ضرب و جرح مولتی پل تروما شده است معاینات لازم انجام شد پانسمان
 و کنترل خونریزی انجام شد کولار گردنی گذاشته شد پذیرش بیمارستان رسول اکرم گرفته شد و منتقل گردید.



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6600794

کد آمبولانس : 5064

مشخصات عمومی بیمار									
شکایت اصلی بیمار CC		جنس : <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر		عائیت <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی		نام و نام خانوادگی		تاریخ مأموریت	
*****		ماه <input type="checkbox"/> مرداد <input checked="" type="checkbox"/> شهریور		کد ملی 0		21 سال		1398/8/26	
*****		کد پستی		آدرس محل فوریت		استان		شماره سریال پرونده	
*****		*****		*****		تهران		X6600794	
کیلومتر آمبولانس		کد پمپل آمبولانس		تایم زمان		نوع محل فوریت		تشخیص اولیه بیماری	
*****	کیلومتر حرکت	350464	کد تکمیلین اول	01:07:03	رسیدن به مرکز درمانی	*****	دوریت مأموریت	سایر یا ذکر نام :-	
*****	کیلومتر رسیدن به محل فوریت	350029	کد تکمیلین 1	01:09:43	تحویل به مرکز درمانی	*****	حرکت از پایگاه	سایر یا ذکر نام :-	
*****	کیلومتر پایان مأموریت	0	کد تکمیلین 2	*****	پایان مأموریت	*****	رسیدن به محل فوریت	سایر یا ذکر نام :-	
*****	کیلومتر سوختگیری	-	راننده /مدادگر	*****	رسیدن به پایگاه	*****	حرکت از محل فوریت	سایر یا ذکر نام :-	
تشخیص اولیه بیماری		علائم همراه				نوع محل فوریت			
<input checked="" type="checkbox"/> ضرب و جرح <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> غش <input type="checkbox"/> بیحسی و بیحالی <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> آموژی <input type="checkbox"/> مسمومیت		<input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> بیقراری <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه روستایی				<input type="checkbox"/> آموژی <input type="checkbox"/> مسمومیت <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه روستایی			
سایر :-		سایر یا ذکر نام :-				سایر یا ذکر نام :-			
عنوان حوادث									
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
<input type="checkbox"/> کشتوت <input type="checkbox"/> آلودگی راه هوایی <input type="checkbox"/> برق گرفتگی <input type="checkbox"/> خودکشی <input type="checkbox"/> چاه ای <input type="checkbox"/> چاه ای					<input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> خودکشی <input type="checkbox"/> گرما زدگی <input type="checkbox"/> گرما زدگی <input type="checkbox"/> گرما زدگی <input type="checkbox"/> گرما زدگی <input type="checkbox"/> گرما زدگی <input type="checkbox"/> گرما زدگی				
<input type="checkbox"/> سرمگوردگی <input type="checkbox"/> نگرش حشرات / خزندگان <input type="checkbox"/> لگزش <input type="checkbox"/> لگزش <input type="checkbox"/> لگزش <input type="checkbox"/> لگزش <input type="checkbox"/> لگزش <input type="checkbox"/> لگزش					<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ				
<input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> حریق <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> مسمومیت <input type="checkbox"/> مسمومیت <input type="checkbox"/> مسمومیت <input type="checkbox"/> مسمومیت <input type="checkbox"/> مسمومیت <input type="checkbox"/> مسمومیت				
<input type="checkbox"/> برهورد با نیروی مکانیکی بیجان <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> زهر زنی <input type="checkbox"/> زهر زنی <input type="checkbox"/> زهر زنی <input type="checkbox"/> زهر زنی <input type="checkbox"/> زهر زنی <input type="checkbox"/> زهر زنی				
<input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> تروما در اثر بجهان <input type="checkbox"/> تروما در اثر بجهان <input type="checkbox"/> تروما در اثر بجهان <input type="checkbox"/> تروما در اثر بجهان <input type="checkbox"/> تروما در اثر بجهان				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6600794

کد آمبولانس: 5064

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مانیفستریک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ندادنات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> سرج حال و معینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کلاب / مأموریت اشتباه	دستورات:	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> پالسمن و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-----	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اهدا اعضا	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> منشا هسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکلیسین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس ستون فقرات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-				
برگشت نامه									
شماره برگشت نامه					اینجانب کدم/ آقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکلیسین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل اعضا و اثر انگشت شاهد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت			
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی			
		مورد آقا به هیال ضرب و جرح مولتیپل تروما شده است معاینات لازم انجام شد پالسمن و کنترل خونریزی انجام شد کرلارگرهی گذاشته شد پذیرش بیمار ستان رسول اکرم گرفته شد و منتقل گردید.				نام مرکز درمانی حضرت رسول تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 06:27 نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان حضرت رسول کد پزشک تحویل گیرنده 10004 <input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران
فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مصوریت : 1398/8/26
شماره سریال پرونده : X6605444/06
کد آمبولانس : 6002

تاریخچه پزشکی بیمار						تاریخچه داروی مصرفی				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
بیابیت	سابقه چرخش	اسم	بیماریهای قلبی	تغییرات فشار خون	سنگته مغزی	مشکلات گوارشی	مشکله پنکیمی	سوء مصرف مواد	مغولیت	صنلیت دارویی یا ذکر نام #
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
مشکله پنکیمی	مشکلات گوارشی	مشکله مغزی	تغییرات فشار خون	سوء مصرف مواد	مشکلات کلیوی	مشکله پنکیمی	مشکله پنکیمی	مشکله پنکیمی	مشکله پنکیمی	مشکله پنکیمی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
بیماریهای خاص	مشکلات کلیوی	روانی	سوء مصرف مواد	مغولیت	مشکلات کلیوی	مشکله پنکیمی	مشکله پنکیمی	مشکله پنکیمی	مشکله پنکیمی	مشکله پنکیمی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
نژوی	صرع	مشکله تروما	مغولیت	صنلیت دارویی یا ذکر نام #	بیماریهای عصبی	بیماریهای عصبی	بیماریهای عصبی	بیماریهای عصبی	بیماریهای عصبی	بیماریهای عصبی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
سایر	بیماریهای عصبی									
علامه حیاتی										
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15	
19:42:45	16	130/100	88	120	97	4	5	6	15	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه			بررسی مرنکها				
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی			سمع <input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> بازدم طولانی / ویز			سمع <input checked="" type="checkbox"/> نرماله <input type="checkbox"/> نیالنه <input type="checkbox"/> میوتیک <input type="checkbox"/> بدون پلنخ				
										<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			<input type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			<input type="checkbox"/> ریتم <input type="checkbox"/> ریتم				
تروما										
<input type="checkbox"/> علامت رهسازی بر روی صدوم : <input type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکلیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین					<input type="checkbox"/> انواع تروما : <input type="checkbox"/> نافه با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> لامت با ذکر علت آسیب					
انواع ضلیعه										
		عقب 39			جلو 36	<input checked="" type="checkbox"/> پارده شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> برده سوختگی :- <input type="checkbox"/> برده سوختگی :- <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> ضلیعه حسی <input type="checkbox"/> ضلیعه حرکتی				
					<input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی بسته <input type="checkbox"/> جفت دیستال دارد <input type="checkbox"/> جفت دیستال ندارد <input type="checkbox"/> گرفتگی <input type="checkbox"/> سوراخ شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی					
					<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input type="checkbox"/> کراشیدگی <input type="checkbox"/> قدروس <input type="checkbox"/> له شدگی <input type="checkbox"/> تورم <input type="checkbox"/> در رفتگی					



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6605444/06

کد آمبولانس: 6002

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	مشاورات :	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مفلتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت پشتیبان		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> بانسان و تنوع خونریزی	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مناسقه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سرگردان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون فترات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-					
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-					
برگشت نامه										
شماره برگشت نامه					اینجانب خدمت آقای					
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل اعضا و اثر شکست شاهد			محل اعضا و اثر شکست ارشد			محل اعضا و اثر شکست				
اقلام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی				
						نام مرکز درمانی				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی				
						21:26				
						نام پزشک تحویل گیرنده				
						بیمارستان فیروزگر				
						کد پزشک تحویل گیرنده				
						10006				
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت				



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران
فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مسدودیت : 1398/8/26
شماره سریال پرونده : X6605444

کد آمبولانس : 6002

تاریخچه داروی مصرفی										تاریخچه پزشکی بیمار									
بیماریهای قلبی					اسم					سابقه چرخش					فیابیت				
تغییرات فشار خون					سنگته مغزی					مشکلات گوارشی					سابقه بدخیمی				
سوء مصرف مواد					روانی					مشکلات کلیوی					بیماریهای خاص				
مغولیت					سابقه تروما					صرع					زنجیری				
حساسیت دارویی یا ذکر نام #										بیماریهای عصبی									
سایر																			
علامه حیاتی																			
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15										
19:29:06	16	100/65	100	100	96	4	5	6	15										
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-										
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-										
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-										
بررسی مریه					بررسی ریه					بررسی مریه					بررسی قلب و عروق				
L					R					L					R				
تروما					تروما					تروما					تروما				
سمع					سمع					سمع					سمع				
ریتم					ریتم					ریتم					ریتم				
نا منظم					نا منظم					نا منظم					نا منظم				
تروما																			
عظایات رها سازی بر روی صدمه :										عظایات رها سازی بر روی صدمه :									
فیل از رسیدن تکلیفین										فیل از رسیدن تکلیفین									
در حضور تکلیفین										در حضور تکلیفین									
انواع تروما :										انواع تروما :									
نقطه با ذکر علت آسیب										نقطه با ذکر علت آسیب									
بافت با ذکر علت آسیب										بافت با ذکر علت آسیب									
انواع ضایعه																			
تغییر شکل					تغییر شکل					تغییر شکل					تغییر شکل				
کراتیدگی					کراتیدگی					کراتیدگی					کراتیدگی				
تدریس					تدریس					تدریس					تدریس				
له شدگی					له شدگی					له شدگی					له شدگی				
تورم					تورم					تورم					تورم				
در رفتگی					در رفتگی					در رفتگی					در رفتگی				
پاره شدگی					پاره شدگی					پاره شدگی					پاره شدگی				
قطع عضو					قطع عضو					قطع عضو					قطع عضو				
برخه سوختگی :-					برخه سوختگی :-					برخه سوختگی :-					برخه سوختگی :-				
تورم					تورم					تورم					تورم				
ضایعه حسی					ضایعه حسی					ضایعه حسی					ضایعه حسی				
ضایعه حرکتی					ضایعه حرکتی					ضایعه حرکتی					ضایعه حرکتی				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6605444

کد آمبولانس : 6002

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	مشورات :	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ملبیترینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکتین	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ریگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> باسمن و کنترل خونریزی	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ امضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مناسقه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگر فن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون خزان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی										
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی										
برگشت نامه										
شماره برگشت نامه					اینجانب کدم/ آقای					
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل امضا و اثر انگشت شاهد			محل امضا و اثر انگشت ارشد			محل امضا و اثر انگشت				
اقلام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی				
						نام مرکز درمانی				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی				
						21:25				
						نام پزشک تحویل گیرنده				
						بیمارستان فیروزگر				
						کد پزشک تحویل گیرنده				
						10006				
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6605256

کد آمبولانس : 3133

نتیجه مأموریت	مأموره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی										
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی										
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت پشتیبان										
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	مستورات :									
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا										
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل										
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر										
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین										
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا										
<input type="checkbox"/> استقرار										
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی										
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی										
برگشت نامه										
شماره برگشت نامه						اینجانب خدمت/افانی				
نام و نام خانوادگی شهید			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل اعضا و اثر انگشت شهید			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت				
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی				
		سابقه بیماری و اقدامات اولیه انجام و هوشیار و بیدار تحویل بیمارستان داده شد .. نبود نت با قلو آپ بسته شد				نام مرکز درمانی شهرید فیاض بخش				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 18:42				
						نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان فیاض بخش				
						کد پزشک تحویل گیرنده 10008				
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6605444/04

کد آمبولانس : 6002

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	مشاورات :	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مانیورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت پشتیبان		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> باسمن و کنترل خونریزی	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مناسقه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن سنون فرائت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی										
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی										
برگشت نامه										
شماره برگشت نامه					اینجانب خدمت/ آقای					
نام و نام کفوادگی شاهد			نام و نام کفوادگی تکنیسین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل اعضا و اثر انگشت شاهد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت				
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی				
						نام مرکز درمانی فیروزگر				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 21:25				
						نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان فیروزگر				
						کد پزشک تحویل گیرنده 10006				
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت				

سند شماره ۱۴- تاریخ مأموریت ۲۷ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۳۲۷۹، نام و نام خانوادگی پیام دهقان، سن ۲۵ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات/ منطقه ۱۸/ داخل خلیج فارس یا شماره ۵/ سر صمد باقری/ تنباکو فروشی/ پلاک ۱۴۷/ نیش کوچه المهدی/ بلوار اصلی/ اعزام به مرکز درمانی: فیاض بخش / ساعت تحویل: ۵ و ۷ دقیقه

انواع تروما: نافذ با ذکر علت آسیب

علائم: بریدگی

توضیحات و ملاحظات ماموریت: بیمار آقا که به گفته ی خودش درون مغازه بوده اند حین درگیری با عوامل نیروی انتظامی تروما به اکسپیتال سر همراه با لسریشن و تیبیای سمت چپ و فمور سمت راست دارد که محدودیت حرکتی ندارد روی پا هستند راه می رود عدم تعادل ندارد پانسمان انجام شد ای وی برقرار شد بیمار به صورت سی بی آر انتقال و همراه ای وی هوشیار تحویل بیمارستان شدند.



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/27

شماره سریال پرونده: X6609260

بارزدگی: کد آمبولانس 3279

مشخصات عمومی بیمار						
نام و نام خانوادگی بیمار		میت ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		شکلیت اصلی بیمار CC		
حدود سن	سال	سال	25	ماه	0	کد ملی
ادرس محل فوریت: اغتشاشات منطقه 18/ خلیج فارس داخل خلیج فارس سر صمد باقری تنباکو فروشی / پلاک 147 اورژانس آمبولانس فیاض بخش / نیش کوچه / پلاک 147						
تلفن اصلی	تلفن پشتیبانی	تلفن اصلی: ***** تلفن پشتیبانی: *****				
نوع محل فوریت		کد پرسنل آمبولانس		کیلومتر آمبولانس		
دریافت مأموریت	رسیدن به مرکز درمانی	01:40:28	کد تکسین ارشد	150264	کیلومتر حرکت	*****
حرکت از پایگاه	تحویل به مرکز درمانی	01:48:31	کد تکسین 1	351156	کیلومتر رسیدن به محل فوریت	*****
رسیدن به محل فوریت	پایان مأموریت	*****	کد تکسین 2	0	رسیدن به پایگاه	*****
حرکت از محل فوریت	رسیدن به پایگاه	*****	راهنده امدادگر	-	کیلومتر سوختگیری	*****
نوع محل فوریت		علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری	
مسکونی	آموزشی	فنگی نفس	دوبینی	ضعف و بیحالی	تشنج	صرب و جرج <input type="checkbox"/>
مشقی	مراکز درمانی	درد قفسه صدری	تاری دید	درهشکمی	تنفسی	فزایش فشار خون <input type="checkbox"/>
امکان ورزشی و تفریحی	اداری	تقریق	بیهوشی گذرا	تهوع و استفراغ	سخت و بیحالی	درد شکمی <input type="checkbox"/>
بسیار تفریحی آزاد راه	بزرگراه	سرگیجه	تپ و لرز	سهال	سکته مغزی	کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/>
راه اصلی <input checked="" type="checkbox"/>	راه فرعی	فراموشی بعد از ضربه	سر درد	کونریزی	کاهش فشار	بایپرگیسمی <input type="checkbox"/>
راه روستایی		اختلال حسی و حرکتی	اختلال هوشیاری		اختلال رویی	اصاهاات <input type="checkbox"/>
سایر با ذکر نام: -	سایر با ذکر نام: -	سایر: تروما				
علل حوادث						
حوادث مرتبط با حمل و نقل			حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل			
ضعیفیت معلوم	وسيله نقلیه	غرق شدگی در آب	انسداد راه هوایی	کشتوت		
عابر	چاده ای	خودکشی	برق گرفتگی	سرمکورگی		
راهنده	خودرو سبک	گرما زدگی	حیوان گردگی	گزش حشرات، گززدگان		
سرفشین	خودرو سنگین	سوختگی جسم داغ	شیمیایی	ملیعات داغ	لکتیکی	حریق <input type="checkbox"/>
نامشخص	موتور	سمومیت	CO	دارو	مواد مکرر	سموم <input type="checkbox"/>
سایر:	لوزرکجه	سقوط	همتراز	غیر همتراز	برخورد با نیروی مکتیکی بیجان <input type="checkbox"/>	
-	سایر	تروما در اثر یخپندان			سایر <input type="checkbox"/>	



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران
فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مصوریت : 1398/8/27
شماره سریال پرونده : X6609260
بارندگی: کد آمبولانس 3279

تاریخچه داروی مصرفی										تاریخچه پزشکی بیمار														
بیماریهای قلبی					اسم					سابقه جراحی					فیبات									
تغییرات فشار خون					سکته مغزی					مشکلات گوارشی					سابقه پدیکمی									
سوء مصرف مواد					روانی					مشکلات کلیوی					بیماریهای مختص									
مطولیت					سابقه تروما					صرع					زنجوی									
صلبیت دارویی یا ذکر نام #										بیماریهای عصبی										سایر				
علامه حیاتی																								
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15															
01:22:31	16	110/70	86	-	98	4	5	6	15															
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-															
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-															
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-															
بررسی قلب و عروق					بررسی ریه					بررسی مریکها														
نرمال <input checked="" type="checkbox"/> صدای صفایی <input type="checkbox"/>					L نرمال <input checked="" type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> بازدم طولانی / ویز <input type="checkbox"/>					R نرمال <input checked="" type="checkbox"/> سمع <input type="checkbox"/> ریتم <input type="checkbox"/>					اندازه L نرمال <input checked="" type="checkbox"/> دیواره <input type="checkbox"/> میوتیک <input type="checkbox"/> بدون پنخ <input type="checkbox"/>									
															سمع ریتم									
منظم <input checked="" type="checkbox"/> نا منظم <input type="checkbox"/>					منظم <input checked="" type="checkbox"/> نا منظم <input type="checkbox"/>					ریتم منظم <input checked="" type="checkbox"/> نا منظم <input type="checkbox"/>					ریتم منظم <input checked="" type="checkbox"/> نا منظم <input type="checkbox"/>									
تروما																								
عملیات رهاسازی بر روی صورت: <input checked="" type="checkbox"/> قیل از رسیدن تکبیسین <input checked="" type="checkbox"/>										انواع تروما: <input checked="" type="checkbox"/> نفاذ با ذکر علت آسیب لامت با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/>														
انواع ضربه																								
تغییر شکل <input type="checkbox"/> کراشیدگی <input type="checkbox"/> قدردس <input type="checkbox"/> له شدگی <input type="checkbox"/> تورم <input type="checkbox"/> در رفتگی <input type="checkbox"/>					پارده شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> برده سوختگی: <input type="checkbox"/> برده سوختگی: <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> تلیجه حسی <input type="checkbox"/> تلیجه حرکتی <input type="checkbox"/>					شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی بسته <input type="checkbox"/> جبهش دیستال دارد <input type="checkbox"/> کوفتگی <input type="checkbox"/> سوراخ شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی <input checked="" type="checkbox"/>					چلو 1									



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/27

شماره سریال پرونده: X6609260

بارندگی: کد آمبولانس 3279

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک : هستورات :	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مایتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس ستون فقرات	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مشاوره لارم	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-					
برلنت نامه										
شماره برلنت نامه						اینجانب خدمت آقای				
نام و نام خانوادگی شهرد			نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل اعضا و اثر انگشت شهرد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت				
اقلام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی				
			<p>بیمار اقا که به گفته ی خودش درون معارِع بوده اند <u>حین درگیری با عوامل نیروی انتظامی</u> تروما به اکسپیتال سر همراه با تسریش و تبییای سمت چپ و همور سمت راست دارد که محدودیت حرکتی ندارد روی پلستند راه می رود عدم تعادل ندارد تروما به گردن و ستون فقرات را ندارد خونریزی فعال ندارد پفسمان فجام شد ای وی برقرار شد بیمار به صورت سی پی آر انتقال و همراه ای وی هوشیار تحویل بیمارستان شده</p>			نام مرکز درمانی <u>شهید فیض بکش</u>				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی <u>05:07</u>				
						نام پزشک تحویل گیرنده <u>بیمارستان فیض بکش</u>				
						کد پزشک تحویل گیرنده <u>10008</u>				
						تحویل بدون رضایت <input type="checkbox"/>				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/27

شماره سریال پرونده: X6614353

کد آمبولانس: 6213

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ملبیورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکنین	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و نوبت مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> سرخ‌حال و معینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادرب / مأموریت پشتیبان	مشغولات:	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بسمان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> فشار قفسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ضامن سر و گردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> یکس سنون قران	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-				
برگشت نامه									
شماره برگشت نامه					اینجاب کدم / آقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل اعضا و اثر انگشت شاهد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت			
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی			
		مددجویان هوشیار پس از به دست گرفتن بیمار با چادر درگیری با نیروی انتظامی شده است. از نلجیه دومج تروما دارد. جالتم حیاتی چک شد معاینات بلژی انجام گرفت چست بین و دیس پنه ندارند فورس اندام ما نرمال میباشد جهت بررسی بیشتر به بیمارستان منتقل گردید.				نام مرکز درمانی بهارلو تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی - نام پزشک تحویل گیرنده - کد پزشک تحویل گیرنده - تحویل بدون رضایت <input type="checkbox"/>			

شورای ملی مقاومت

کمیسیون امنیت و ضد تروریسم

۱۹ تیر ۹۹ (۹ ژوئیه ۲۰۲۰)