





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

تاریخ مصوریت : 1398/8/27

شماره سریال پرونده : X6611933

کد آمبولانس : 6015

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"/>	ندارد	
<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>		
علامه حیاتی											
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15		
12:55:05	16	100/65	89	-	97	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 صفی		سمع	L	<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> زال <input type="checkbox"/> باژدم طولانی / ویز		R	<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> زال <input type="checkbox"/> باژدم طولانی / ویز		L	اندازه	R
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم		ریتم	<input checked="" type="checkbox"/>	منظم		<input checked="" type="checkbox"/>	منظم		<input type="checkbox"/>	میوتیک	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نا منظم		<input type="checkbox"/>	نا منظم		<input type="checkbox"/>	بدون پاسخ
تروما											
<input type="checkbox"/> نفاذ با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> انواع تروما : <input type="checkbox"/> بافت با ذکر علت آسیب						<input type="checkbox"/> عملیات رهسازی بر روی صدموم : <input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین <input type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکلیسین					
توابع ضایعه											
		عقب			جلو	<input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> درجه سوختگی :- <input type="checkbox"/> درجه سوختگی :- <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> ضایعه حسی <input type="checkbox"/> ضایعه حرکتی		<input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> بستنه <input type="checkbox"/> جفن فیستال دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> کوفتگی <input type="checkbox"/> سوراخ شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی		<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input checked="" type="checkbox"/> کراشیدگی <input type="checkbox"/> تدریس <input 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 : 1398/8/27

شماره سریال پرونده : X6611933

کد آمبولانس : 6015

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد		
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/> مانیترینگ		
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/> شرح حال و معاینه		
<input type="checkbox"/> مأموریت کادپ / مأموریت اشتباه	هستورات :	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بلسم و کنترل خونریزی	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری		
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-----	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی		
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ملزای هسه سینه	<input type="checkbox"/> CBR		
<input type="checkbox"/> نفي از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن		
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها		
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/> نیکس سنون فترات		
<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		-	-	-	-				
برانت نامه									
شماره برانت 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					
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی			
نجات پد الکلی		<p>مددجوی آقایی با مشخصات ثبت شده که در بنیال شرب و جرح دچار تروما به بینی شده</p> <p>هنگام رسیدن ما مددجوی صدفی تشنه بود</p> <p>جک علاج و شرح حال و معاینه انجام شد</p> <p>بدریس در ناحیه گردن و سنون فقرات ندارد</p> <p>خونریزی دهانش وانی تورم و قرمزی مشهود است</p> <p>وروفیزی نورمال است مریکها نورمال است فورس ادلهها نورمال است</p> <p>بیمار جهت بررسی بیشتر با اکسیژن تریلی</p> <p>و برقراری این مناسبت هنجار تحویل بیمارستان امام خمینی داده شد</p> <p>ثبت ترافیک مسیر...</p>				نام مرکز درمانی			
						امام خمینی		تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی	
								نام پزشک تحویل گیرنده	
								کد پزشک تحویل گیرنده	
						تحویل بدون رضایت <input type="checkbox"/>			

سند شماره ۲ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۴۰۵۴، نام و نام خانوادگی محمد هادی مشهدی عبدالله، سن ۱۴ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات منطقه / تهرانپارس / میدان پروین / روبروی کانکس پلیس / اعزام به مرکز درمانی: امام حسین / ساعت تحویل به مرکز: ۲۱ و ۲۲ دقیقه  
 علائم: سرگیجه / تندر نس

توضیحات و ملاحظات مأموریت: آقا ۱۴ ساله به دنبال درگیری در پی اغتشاشات دچار تروما به چشم راست شده است وی میگوید در حال گذر از صحنه بودم که ناگهان شیئی به چشمم برخورد کرد...



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6598808

کد آمبولانس: 4054

مشخصات عمومی بیمار											
نام و نام خانوادگی: محمد هادی مشهدی عبدالله		جنس: <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی		میلیت: <input type="checkbox"/> کد ملی: 0		ماه: 0		سال: 14			
شکایت اصلی بیمار: CC *****		مونت: <input type="checkbox"/> مذکر <input checked="" type="checkbox"/> نا مشخص <input type="checkbox"/>		آدرس محل فوریت: اغتشاشات منطقه / تهرانپارس / میدان پروین / روبروی کانکس پلیس / آمبولانس / موتورلانس #		تلفن شخصی: *****		تلفن پزشکی: *****			
تاریخ زمان			کد پرسنل آمبولانس			کیلومتر آمبولانس					
دریافت مأموریت		رسیدن به مرکز درمانی		21:11:28		کد تکبیسین اشد		110011		کیلومتر حرکت	
حرکت از پایگاه		تحويل به مرکز درمانی		21:24:32		کد تکبیسین 1		320324		کیلومتر رسیدن به محل فوریت	
رسیدن به محل فوریت		پایان مأموریت		*****		کد تکبیسین 2		0		کیلومتر رسیدن به پایگاه	
حرکت از محل فوریت		رسیدن به پایگاه		*****		راشده امدادگر		-		کیلومتر سوختگیری	
نوع محل فوریت			علائم همراه				تشخیص اولیه بیماری				
<input type="checkbox"/> مسکونی		<input type="checkbox"/> آموزشی		<input type="checkbox"/> تفریحی		<input type="checkbox"/> ورزشی		<input type="checkbox"/> معرف و بهداشتی		<input type="checkbox"/> شنج	
<input type="checkbox"/> صنعتی		<input type="checkbox"/> مراکز درمانی		<input type="checkbox"/> تفریحی		<input type="checkbox"/> تفریحی		<input type="checkbox"/> تفریحی		<input type="checkbox"/> تفریحی	
<input type="checkbox"/> اماکن ورزشی و تفریحی		<input type="checkbox"/> تفریحی		<input type="checkbox"/> تفریحی		<input type="checkbox"/> تفریحی		<input type="checkbox"/> تفریحی		<input type="checkbox"/> تفریحی	
<input type="checkbox"/> سایر تفریحی آزاد راه		<input type="checkbox"/> بزرگراه		<input checked="" type="checkbox"/> سرگیجه		<input type="checkbox"/> تب و لرز		<input type="checkbox"/> سعال		<input type="checkbox"/> سکنه مغزی	
<input type="checkbox"/> راه اصلی		<input type="checkbox"/> راه فرعی		<input type="checkbox"/> فراموشی بعد از ضربه		<input type="checkbox"/> سردرد		<input type="checkbox"/> خونریزی		<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	
<input type="checkbox"/> راه روستایی		<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی		<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری		<input type="checkbox"/> اختلال رونی		<input type="checkbox"/> اختلال رونی		<input type="checkbox"/> سقط	
سایر با ذکر نام: -			سایر با ذکر نام: -				سایر: تروما به چشم				
علل حوادث											
حوادث مرتبط با حمل و نقل						حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					
<input type="checkbox"/> وضعیت صدمه		<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه		<input type="checkbox"/> عرق شدگی در آب		<input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی		<input type="checkbox"/> خشونت		<input type="checkbox"/> خشونت	
<input type="checkbox"/> سایر		<input type="checkbox"/> جاده ای		<input type="checkbox"/> خودکشی		<input type="checkbox"/> برق گرفتگی		<input type="checkbox"/> سرم خوردگی		<input type="checkbox"/> سرم خوردگی	
<input type="checkbox"/> افتاده		<input type="checkbox"/> خودرو سبک		<input type="checkbox"/> گرما زدگی		<input type="checkbox"/> حیوان گردیدگی		<input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان		<input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان	
<input type="checkbox"/> سرشین		<input type="checkbox"/> خودرو سنگین		<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ		<input type="checkbox"/> شیمیایی		<input type="checkbox"/> مایعات داغ		<input type="checkbox"/> الکتریکی	
<input type="checkbox"/> نامشخص		<input type="checkbox"/> موتور		<input type="checkbox"/> سمومیت		<input type="checkbox"/> CO		<input type="checkbox"/> دارو		<input type="checkbox"/> مواد مخدر	
<input type="checkbox"/> سایر:		<input type="checkbox"/> فوجرکه		<input type="checkbox"/> سقوط		<input type="checkbox"/> همتراز		<input type="checkbox"/> غیر همتراز		<input type="checkbox"/> برخورد با نیروی مکانیکی	
<input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> سایر		<input type="checkbox"/> تروما در اثر یخبندان		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/25  
شماره سریال پرونده : X6598808  
کد آمبولانس : 4054

تاریخچه پزشکی بیمار							تاریخچه داروی مصرفی				
<input type="checkbox"/>	فیبت	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input type="checkbox"/>	اسم	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی	ندارد			
<input type="checkbox"/>	سابقه بدخیمی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی	<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون				
<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	روائی	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد				
<input type="checkbox"/>	رہوی	<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	مطلوبت				
<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عکونی	حساسیت دارویی یا ذکر نام #							
علامه حیاتی											
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15		
20:09:27	16	110/70	80	-	98	4	5	6	15		
20:18:42	16	110/70	82	-	98	4	5	6	15		
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-		
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-		
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مرامکها				
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی			سمع		<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> زال <input type="checkbox"/> بازدم طولانی / ویز		سمع		<input checked="" type="checkbox"/> اندازه <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> دیلاته <input type="checkbox"/> میوتیک <input checked="" type="checkbox"/> بدون پلسخ		
			ریتم		<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم		ریتم				
تروما											
<input type="checkbox"/> نافذ با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> انواع تروما : <input type="checkbox"/> بالنت با ذکر علت آسیب					<input type="checkbox"/> عملیات رهسازی بر روی صدموم : <input type="checkbox"/> قیل از رسیدن تکبیین <input type="checkbox"/> در حضور تکبیین						
توابع ضلیعه											
		<input type="checkbox"/> جلوب <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> لوجه سوختگی :- <input type="checkbox"/> لرمده سوختگی :- <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> ضلیعه حسی <input type="checkbox"/> ضلیعه حرکتی		<input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی باز		<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input type="checkbox"/> کراشیدگی <input checked="" type="checkbox"/> تدرنس <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 : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6598808

کد آمبولانس : 4054

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 پزشکی					<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"/> نبرج حال و معاینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادپ / مأموریت اشتیاق	هستورات :	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بانسان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	=====	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملساز فکسه سیفه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگر دن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حملیت تکفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون فوات	<input checked="" 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		-	-	-	-				
برانت نامه									
شماره برانت نامه					اینجانب خدمت آقای				
نام و نام خانوادگی شاهد					علت عدم پذیرش				
محل اعضا و اثر انگشت شاهد					محل اعضا و اثر انگشت				
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				
گاز استریل، M آنژیوکت صورتی، چسب 3-3		آقا 14 سله به هیال درگیری در پی اختلالات دچار تروما به چشم راست شده است وی میگوید در حال گذر از صحنه بودم که ناگهان شینی با چشم برخورد کرد در حال حاضر وی میگوید با چشم راستم واضح نمی بینم علائم چک شد جهت بررسی بیشتر به بیمارستان منتقل شد ثبت ترافیک مسیر-			نام مرکز درمانی امام حسین (ع)				
					تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 21:22				
					نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان امام حسین				
					کد پزشک تحویل گیرنده 10005				
					<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت				

سند شماره ۳- تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۹۰۳۴، نام و نام خانوادگی شهاب محمدی، سن ۱۶ سال،  
 آدرس محل فوریت: جاده ساوه / ۴ دانگه / خیابان شهید هیدخت / گلستان ۳ شرقی / درمانگاه شبانه روزی ۴ دانگه / اعزام به  
 مرکز درمانی شهدای یافت آباد

توضیحات و ملاحظات مأموریت: مصدوم از درمانگاه تحویل گرفته شد با 15 GCS تحویل مرکز درمانی  
 یافت آباد شد به علت مشکل اتوماسیون فایل دستی بسته شد.



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/25  
 شماره سریال پرونده: X6599302  
 کد آمبولانس: 9034

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی		شهاب محمدی		جنس:		مذکر		شکلیت اصلی بیمار CC	
حدود سن		16 سال		مذکر		ماد		شکلیت اصلی بیمار CC	
آدرس محل فوریت		جاده ساوه / ۴ دانگه / خیابان شهید هیدخت / گلستان ۳ شرقی / درمانگاه شبانه روزی ۴ دانگه / آمبولانس		کد ملی		0		شکلیت اصلی بیمار CC	
تلفن اصلی		*****		تلفن پشتیبانی		*****		شکلیت اصلی بیمار CC	
ثابت زמן			کد پرسنل آمبولانس			کیلومتر آمبولانس			شکلیت اصلی بیمار CC
دریافت مأموریت		*****		رسیدن به مرکز درمانی		-		کیلومتر حرکت	
حرکت از پایگاه		*****		تحویل به مرکز درمانی		350447		کیلومتر رسیدن به محل فوریت	
رسیدن به محل فوریت		*****		پایان مأموریت		730026		کیلومتر پایان مأموریت	
حرکت از محل فوریت		*****		رسیدن به پایگاه		-		کیلومتر سوختگیری	
نوع محل فوریت			علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری			شکلیت اصلی بیمار CC
مسکونی		آموزشی		تنگی نفس		خوبی		تشنج	
مستشفى		مراکز درمانی		درد قفسه صدری		تاری دید		افزایش فشار خون	
اماکن ورزشی و تفریحی		داری		تعبیر		بیپوشی گذرا		هلیپرگیسمی	
بعلیر ترافیکی آزاد راه		بزرگراه		سرگیجه		تب و لرز		کاهش هوشیاری	
راه اصلی		راه فرعی		فراموشی بعد از ضربه		سر درد		کاهش فشار	
راه روستایی		لختلال حسی و حرکتی		لختلال هوشیاری		لختلال رونی		کماهاات	
سایر یا ذکر نام :-			سایر یا ذکر نام :-			سایر: تیر خوردگی			شکلیت اصلی بیمار CC
علل حوادث									
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
وضعیت مصدوم		وسيله نقلیه		عرق شدگی در آب		آسداد راه هوایی		کشتوت	
عابر		جاده ای		خودکشی		برق گرفتگی		سرمکوردگی	
راننده		خودرو سبک		گرما زدگی		حیوان گردیدگی		گزش حشرات، خزندگان	
سرنشین		خودرو سنگین		سوختگی جسم داغ		شیبیلی		میلعات داغ	
نامشخص		موتور		مسمومیت		CO		دارو	
سایر:		تورچرکه		سقوط		همتراز		غیر همتراز	
-		سایر		تروما در اثر یخبندان		سایر		سایر	



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مصوریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6599302

کد آمبولانس : 9034

نتیجه مصوریت	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"/> 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"/> نرح حال و معینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مصوریت کادپ / مصوریت اشتباه	هستورات :	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بانسان 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 اخذ اعضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملاتاز فکسه 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 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 فرائت	<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 کفوادگی شهرد			نام و نام کفوادگی 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 مصوریت				مرکز درمانی			
		GCS 15 صدوم از درمناک تحویل گرفته شد با تحویل مرکزی درمانی شد به علت مشکل اتومنیون فیل هستی بسته شد				نام مرکز درمانی شهادای یافت آباد تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی			
						نام پزشک تحویل گیرنده			
						کد پزشک تحویل گیرنده			
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			



سند شماره ۴- تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۵۳۲۳، نام و نام خانوادگی ناصر رضایی، سن ۲۴ سال، آدرس محل فوریت: درمانگاه/ شهر قدس/ قلعه حسن خان/ بلوار انقلاب/ بلوار شورا یا شهدا/ بلوار نسترن/ روبروی کوچه نرگس/ درمانگاه شبانه روزی داریوش/ اعزام به مرکز درمانی: خمینی

علائم: تیر خوردگی

توضیحات و ملاحظات مأموریت: ..... تحویل بیمارستان خمینی... فرم به صورت دستی بسته شد



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6598167

کد آمبولانس: 5323

مشخصات عمومی بیمار					
نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی بیمار رضایی				
جنس:	<input type="checkbox"/> زن <input checked="" type="checkbox"/> مرد	ملیت:	<input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی	شکلیت اصلی بیمار	CC
حدود سن	سال 24	ماه 0	کد ملی	تلفن اصلی	تلفن همراه
آدرس محل فوریت	آدرس محل فوریت: درمانگاه / شهر قدس / قلعه حسن خان / بلوار انقلاب / بلوار شورا یا شهدا / بلوار نسترن / روبروی کوچه نرگس / درمانگاه / بلوار نرگس / بلوار نرگس / بلوار نرگس				
تلفن اصلی	تلفن همراه	تلفن پشتیبانی	کیلو متر آمبولانس	کد پرسنل آمبولانس	ثبت زمان
دریافت مأموریت	رسیدن به مرکز درمانی	21:32:53	کد تکمیلین ارشد	350064	کیلومتر حرکت
حرکت از پایگاه	تحويل به مرکز درمانی	-	کد تکمیلین 1	110105	کیلومتر رسیدن به محل فوریت
رسیدن به محل فوریت	پایان مأموریت	*****	کد تکمیلین 2	-	کیلومتر پایان مأموریت
حرکت از محل فوریت	رسیدن به پایگاه	*****	راهنما امدادگر	-	کیلومتر سوختگیری
نوع محل فوریت		علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری
مسکونی	آموزشی	تنگی نفس	دوبینی	ضعف و بیحالی	تشنج
مستشفى	مراکز درمانی	درد قفسه صدری	تاری دید	درهشکمی	تغزایش فشار خون
امکان ورزشی و تفریحی	داری	تعبیرق	بیهووشی گذرا	تهوع و استفراغ	هایپوگلیسمی
میلر ترافیکی آزاد راه	بزرگراه	سرگیجه	تب و لرز	سهال	کاهش هوشیاری
راه اصلی	راه فرعی	فراموشی بعد از ضربه	سر درد	کوتربیزی	کاهش فشار
راه روستایی		اختلال حسی و حرکتی	اختلال هوشیاری	اختلال رویی	اضافات
سایر با ذکر نام: -					
		سایر با ذکر نام: تیر خوردگی		سایر: تیر خوردگی	
علل حوادث					
حوادث مرتبط با حمل و نقل			حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل		
بضعیت مصوم	وسيله نظيه	غرق شدگی در آب	انسداد راه هوایی	خشونت	
عابر	چاده ای	خودکشی	بزرگ رفتگی	سرملوردگی	
راهنما	خودرو سبک	گرما زدگی	حیوان گردگی	گزش حشرات، خزندگان	
سرنشین	خودرو سنگین	سوختگی جسم داغ	شیبایی	میعات داغ	لکتريکی
نامشخص	موتور	سمومیت	CO	دارو	مواد مكدرد
سایر:	تورچرکه	سقوط	همتراز	غیر همتراز	برهورد با نیروی مکانیکی بیجان
-	سایر	تروما در اثر یخزدان			سایر



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6598167

کد آمبولانس: 5323

نتیجه مأموریت	مأموریت 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	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 کادپ / مأموریت اشتباه	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	عدم حضور بیمار	هستورات :	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	عدم همکاری و اخذ امضا	*****	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	بحوال از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	تحويل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	قوت قبل از رسیدن تکنیسین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 امضا و اثر انگشت شاهد			محل امضا و اثر انگشت ارشد			محل امضا و اثر انگشت				
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی				
		تحويل بیمارستان امام خمینی ... فرم به صورت هستر بسته شد //				نام مرکز درمانی امام خمینی				
						تاریخ و ساعت تحويل به مرکز درمانی				
						-				
						نام پزشک تحويل گیرنده				
						-				
						کد پزشک تحويل گیرنده				
						-				
						<input type="checkbox"/> تحويل بدون رضایت				

سند شماره ۵- تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۵۳۲۴، نام و نام خانوادگی حمید مقدم زرنندی، سن ۲۹ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات/ قلعه حسن خان/ خیابان کاج/ ابتدای کوچه پرورش/ جنب فروشگاه میلاد/ امدوم/ اعزام به مرکز درمانی: فیاض بخش / ساعت تحویل: ۵ و ۷ دقیقه  
 علائم: تیر خوردگی / خونریزی / سوراخ شدگی



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/26  
 شماره سریال پرونده: X6608440  
 کد آمبولانس: 5324

مشخصات عمومی بیمار						
نام و نام خانوادگی	حمید مقدم زرنندی		جنس:	<input checked="" type="checkbox"/> آیرانی <input type="checkbox"/> غیر آیرانی	شکایت اصلی بیمار	CC
حدود سن	سال	29	ماه	0	کد ملی	0
آدرس محل فوریت	اغتشاشات/منطقه ۱/ قلعه حسن خان/ خیابان کاج / ابتدای کوچه پرورش/ جنب فروشگاه میلاد/ 1 مصدوم / آمبولانس آمبولانس #					
تلفن اصلی	تلفن پشتیبانی		نام مشخص			
کیلومتر آمبولانس	کد پرسنل آمبولانس		ثبت زمان			
کیلومتر حرکت	120207	کد تکبیسین ارشد	-	رسیدن به مرکز درمانی	دریافت مأموریت	*****
کیلومتر رسیدن به محل فوریت	350815	کد تکبیسین 1	-	تحویل به مرکز درمانی	حرکت از پایگاه	*****
کیلومتر پایان مأموریت	0	کد تکبیسین 2	*****	پایان مأموریت	رسیدن به محل فوریت	*****
کیلومتر سوختگیری	-	راننده امدادگر	*****	رسیدن به پایگاه	حرکت از محل فوریت	*****
تشخیص اولیه بیماری		علائم همراه		نوع محل فوریت		
<input type="checkbox"/> سردی و جرح	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> قلبی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> هوایی	<input type="checkbox"/> تنگی نفس	<input type="checkbox"/> آموزشی
<input type="checkbox"/> بیستریک	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> تنفسی	<input type="checkbox"/> دردهای شکمی	<input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی
<input type="checkbox"/> درد شکمی	<input type="checkbox"/> هایپرگلیسمی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> بیهوشی گذرا	<input type="checkbox"/> تعریق	<input type="checkbox"/> تاری
<input type="checkbox"/> زوال کولیک	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> سکنه مغزی	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> تب و لرز	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> بزرگراه
<input type="checkbox"/> رابمان	<input type="checkbox"/> هایپرگلیسمی	<input checked="" type="checkbox"/> کاهش فشار	<input type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> سردرد	<input checked="" type="checkbox"/> فراموشی بعد از ضربه	<input checked="" type="checkbox"/> راه فرعی
<input type="checkbox"/> سقط	<input type="checkbox"/> تصاهات	<input type="checkbox"/> اختلال رویی	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> راه روستایی	
سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-		
عزل حوادث						
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل			حوادث مرتبط با حمل و نقل			
<input type="checkbox"/> کشوفت	<input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی	<input type="checkbox"/> حرق شدگی در آب	<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> وضعیت صعود	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> سرم خوردگی	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی	<input type="checkbox"/> خودکشی	<input type="checkbox"/> هوایی	<input type="checkbox"/> خودرو سبک	<input type="checkbox"/> براننده	<input type="checkbox"/> براننده
<input type="checkbox"/> گزش حشرات، گزندگان	<input type="checkbox"/> حیوان گزیدگی	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> دریایی	<input type="checkbox"/> خودروسنگین	<input type="checkbox"/> سرشین	<input type="checkbox"/> سرشین
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> لکتريکی	<input type="checkbox"/> مایعات داغ	<input type="checkbox"/> شیمیایی	<input type="checkbox"/> ریسی	<input type="checkbox"/> نامشخص	<input type="checkbox"/> نامشخص
<input type="checkbox"/> لکل	<input type="checkbox"/> مواد مکرر	<input type="checkbox"/> دارو	<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> مسومیت	<input type="checkbox"/> موتور	<input type="checkbox"/> موتور
<input type="checkbox"/> برخورد با نیروی مکتیکی بیجان	<input type="checkbox"/> غیر همتراز	<input type="checkbox"/> همتراز	<input type="checkbox"/> سقوط	<input type="checkbox"/> زیر زمین	<input type="checkbox"/> دوچرخه	<input type="checkbox"/> دوچرخه
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> تروما در اثر یخزدان	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/26  
شماره سریال پرونده : X6608440  
کد آمبولانس : 5324

تاریخچه پزشکی بیمار					تاریخچه داروی مصرفی				
<input type="checkbox"/>	دیابت	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input type="checkbox"/>	اسم	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی	<input type="checkbox"/>	دارد
<input type="checkbox"/>	سابقه بدخیمی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی	<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	روائی	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	رئوی	<input type="checkbox"/>	عسرع	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	مغولیت	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عفونی	حساسیت دارویی با ذکر نام #					
علائم حیاتی									
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
00:22:20	16	100/60	80	-	99	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	سمع	L	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	R	<input checked="" type="checkbox"/>	اندازه	R
<input type="checkbox"/>	صدای صفی		<input type="checkbox"/>	رال	<input type="checkbox"/>	سمع	<input type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	منظم	ریتم	<input type="checkbox"/>	بازدم طولانی / ویز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیلاته	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	نا منظم		<input checked="" type="checkbox"/>	منظم	<input checked="" type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	میوتیک	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	بدون پلنخ	<input type="checkbox"/>	
تروما									
عملیات رهسازی بر روی صدوم :					عملیات رهسازی بر روی صدوم :				
<input type="checkbox"/> نفوذ با ذکر علت آسیب					<input type="checkbox"/> قیل از رسیدن تکلیسین				
<input type="checkbox"/> انواع تروما :					<input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین				
<input type="checkbox"/> بلائت با ذکر علت آسیب									
توابع ضایعه									
		عقب			جلو	<input type="checkbox"/>	پاره شدگی	<input type="checkbox"/>	تغییر شکل
					28	<input type="checkbox"/>	شکستگی باز	<input type="checkbox"/>	کراشیدگی
						<input type="checkbox"/>	شکستگی بسته	<input type="checkbox"/>	تندرتس
						<input type="checkbox"/>	قطع عضو	<input type="checkbox"/>	له شدگی
						<input type="checkbox"/>	بیض دیستال دارد	<input type="checkbox"/>	تورم
						<input type="checkbox"/>	درجه سوختگی :-	<input type="checkbox"/>	در رفتگی
						<input type="checkbox"/>	بومد سوختگی :-	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	گوفتگی	<input type="checkbox"/>	
						<input checked="" type="checkbox"/>	سوراخ شدگی	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	تیریزی	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	ضایعه حسسی	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	ضایعه حرکتی	<input type="checkbox"/>	



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6608440

کد آمبولانس: 5324

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"/> موفیتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> سرج حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> بنسنان 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 اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملساز گسه سیفه	<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 type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون فقرات	<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 شاگرد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل اعضا و اثر انگشت شاگرد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت				
اقلام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی				
						نام مرکز درمانی				
						شهرید فیض بخش				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی				
						05:07				
						نام پزشک تحویل گیرنده				
						بیمارستان فیض 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 مصوریت : 1398/8/26  
شماره سریال پرونده : X6606638  
کد آمبولانس : 5343

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"/>	ندارد		
<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسیت دارویی یا ذکر نام #		
علامه حیاتی												
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15			
20:38:21	17	110/70	83	-	98	4	5	6	15			
20:38:21	17	110/70	83	-	98	4	5	6	15			
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-			
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-			
بررسی قلب و عروق				بررسی ریه				بررسی مریکها				
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی		سمع	L	<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> باردم طولانی / ویز		R	<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> سمع		L	<input checked="" type="checkbox"/> اندازه <input type="checkbox"/> دیلاته <input type="checkbox"/> میوتیک <input type="checkbox"/> بدون پاسخ		R
			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم		ریتم	L	<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم		R	<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> ریتم		L	<input type="checkbox"/> میوتیک <input type="checkbox"/> بدون پاسخ		R
			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
تروما												
عملیات رهسازی بر روی صدوم : <input checked="" type="checkbox"/> انواع تروما : <input checked="" type="checkbox"/> نافذ با ذکر علت آسیب <input checked="" type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکبیین <input type="checkbox"/> در حضور تکبیین <input type="checkbox"/> سلامت با ذکر علت آسیب												
توابع ضلیعه												
		عقب			جلو	<input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> لرحه سوختگی :- <input type="checkbox"/> لرحه سوختگی :- <input type="checkbox"/> لرحه سوختگی :- <input type="checkbox"/> لرحه سوختگی :- <input type="checkbox"/> لرحه سوختگی :- <input type="checkbox"/> لرحه سوختگی :-		<input type="checkbox"/> شکستگی باژ <input type="checkbox"/> بیض دیستان دارد <input type="checkbox"/> کوفتگی <input checked="" type="checkbox"/> سوراخ شدگی <input type="checkbox"/> پردگی <input type="checkbox"/> پردگی		<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input type="checkbox"/> کراشیدگی <input type="checkbox"/> تندرس <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 : X6606638

کد آمبولانس : 5343

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"/> مافیتورینگ	<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	هستورات :	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> بلسمان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	=====	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ امضا		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملساز هسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگر دن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندلها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	<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		-	-	-	-				

برانت نامه

شماره برانت نامه

اینجانب خدمت آقای

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
	ثبت ترافیک مسیر--	نام مرکز درمانی شهید فیض بخش
		تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 05:08
		نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان فیض 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 مصوریت : 1398/8/26  
شماره سریال پرونده : X6607140

کد آمبولانس : 5364

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"/>		
فیلبت	سابقه جراحی	آسم	بیماریهای قلبی	تغییرات فشار خون	سابقه بدخیمی	مشکلات گوارشی	سکته مغزی	سوء مصرف مواد	مغولیت	دارد	
<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 بدخیمی	مشکلات کلیوی	روانی	سوء مصرف مواد	مغولیت	بیماریهای خاص	عصرع	سابقه تروما	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"/>			
زبوی	بیماریهای عرونی	سایر									
علامه حیاتی											
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15		
20:49:54	16	110	88	-	98	4	5	6	15		
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-		
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-		
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-		
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مریکها				
<input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی			L	<input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> بااردم طولانی / ویز		R	<input type="checkbox"/> سمع <input type="checkbox"/> ریتم		L	R	
									اندازه	<input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> فیلاته <input type="checkbox"/> میوتیک <input type="checkbox"/> بدون پسخ	
<input type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> ریتم				
تروما											
<input type="checkbox"/> نفاذ با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> انواع تروما : <input type="checkbox"/> بالمت با ذکر علت آسیب					<input type="checkbox"/> عملیات رهسازی بر روی مدهوم : <input type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکلیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین						
توابع ضلیعه											
		عقب			جلو	<input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> برجه سوختگی :- <input type="checkbox"/> برصد سوختگی :- <input type="checkbox"/> انریزی <input type="checkbox"/> ضلیعه حسی <input type="checkbox"/> ضلیعه حرکتی				<input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> بیض دیستان دارد <input type="checkbox"/> کوفتگی <input checked="" type="checkbox"/> سوواخ شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی	<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input type="checkbox"/> کراشیدگی <input type="checkbox"/> ندرنس <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 : X6607140

کد آمبولانس : 5364

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"/> مانیفورینگ	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادپ / مأموریت اشتباه	هستورات :	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رنگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بسمان و کنترل خونریزی	<input checked="" 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 اخذ اجضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ماساژ قفسه 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"/> حملیت 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"/> نیکس سنون فمات	<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		-	-	-	-				
برانت نامه									
شماره برانت نامه					اینجاب کدم/اقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل اجضا و اثر انگشت شاهد			محل اجضا و اثر انگشت ارشد			محل اجضا و اثر انگشت			
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی			
		<p>که بصورت شخصی ابتدا ب بیمارستان 12 بهمن منتقل گردید</p> <p>و پس از انجام اقدامات لارم و اولیه</p> <p>جهت اقدامات تکمیلی و با هماهنگی مرکز و پذیرش بیمارستان رسول صدوم تحویل گرفته شد و با پیش</p> <p>مداوم در بند مسدود بیمارستان رسول، منتقل گردید</p>				<p>نام مرکز درمانی حضرت رسول</p> <p>تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 07:04</p> <p>نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان حضرت رسول</p> <p>کد پزشک تحویل گیرنده 10004</p>			
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			

سند شماره ۸ - تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۶۰۰۲، نام و نام خانوادگی محمد شیخان، سن ۲۷ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات جاده وهن آباد ورودی رباط کریم دور بزئید زیر پل به سمت اتوبان مستقر شوید ... هماهنگی با آقای قائم/ اعزام به مرکز درمانی: فیروزگر / ساعت تحویل: ۲۱ و ۲۵ دقیقه  
علائم: ضعف و بی حالی، درد شکمی، سوراخ شدگی / خشونت



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6605444/02

کد آمبولانس: 6002

مشخصات عمومی بیمار							
نام و نام خانوادگی	محمد شیخان		جنس:	♂	میت:	ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>	شکایت اصلی بیمار CC
حدود سن	سال	سال	ماه	0	کد ملی	0	*****
آدرس محل فوریت	سازمان بهداشت و درمان و آموزش پزشکی		تلفن اصلی	09127291087	تلفن پشتیبانی	*****	*****
نوع محل فوریت		علائم همراه		تشخیص اولیه بیماری			
دریافت مأموریت	رسیدن به مرکز درمانی	20:47:29	کد تکبیسین ارشد	730089	کیلومتر حرکت	*****	*****
حرکت از پایگاه	تحویل به مرکز درمانی	20:47:30	کد تکبیسین 1	0	کیلومتر رسیدن به محل فوریت	*****	*****
رسیدن به محل فوریت	پایان مأموریت	*****	کد تکبیسین 2	-	رسیدن به پایگاه	*****	*****
حرکت از محل فوریت	رسیدن به پایگاه	*****	راهنما امدادگر	-	کیلومتر سوختگیری	*****	*****
مسکونی	آموزشی	فنگی نفس	دوبینی	ضعف و بیحالی <input checked="" type="checkbox"/>	تشنج	ضرب و جرح <input type="checkbox"/>	
سنگینی	مراکز درمانی	درد قفسه صدری	تاری دید	درد شکمی <input checked="" type="checkbox"/>	تفایش فشار خون	بیستریک <input type="checkbox"/>	
امکان ورزشی و تفریحی	اداری	تعریق	پیشوشی گذرا	تهوع و استفراغ	میلوگیسمی	درد شکمی <input checked="" type="checkbox"/>	
بمیر ترافیکی آزاد راه	بزرگراه	سرگیجه	تب و لرز	سهال	سنگه مغزی	کاهش هوشیاری	زنان کوبیک <input type="checkbox"/>
راه اصلی	راه فرعی	فراموشی بعد از ضربه	سر درد	کونریزی	کاهش فشار	میلوگیسمی	رایمان <input type="checkbox"/>
راه روستایی		اختلال حسی و حرکتی	اختلال هوشیاری	اختلال روی	کساحات	سقط <input type="checkbox"/>	
سایر با ذکر نام :-							
علل حوادث							
حوادث مرتبط با حمل و نقل				حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل			
وضعیت صعوم	وسيله نقلیه	غرق شدگی در آب	تصادف راه هوایی	خشونت <input checked="" type="checkbox"/>	سرمکوردگی	سرمکوردگی	
عابر	جاده ای	خودکشی	برق گرفتگی		گزش حشرات، گزندگان	گزش حشرات، گزندگان	
راهنما	خودرو سبک	گرما زدگی	حیوان گردگی		سختگی جسم داغ	سختگی جسم داغ	
سرفشین	خودرو سنگین	سختگی جسم داغ	شیمیایی	میلیعات داغ	لکتیکی	حریق	سایر <input type="checkbox"/>
نامشخص	موتور	سمومیت	CO	دارو	مواد مخدر	سموم	لکل <input type="checkbox"/>
سایر:	تورچک	زیر زمینی	سقوط	همتراز	غیر همتراز	برکورده با نیروی مکتیکی بیجان	
-	سایر		تروما در اثر یخچادان			سایر <input type="checkbox"/>	



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/26  
شماره سریال پرونده : X6605444/02

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"/>	ندارد	
<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
علامه حیاتی											
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15		
19:33:17	16	130/80	110	120	96	4	5	6	15		
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-		
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-		
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-		
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مریضها				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	<input type="checkbox"/>	R	<input type="checkbox"/>	L	اندازه	R		
<input type="checkbox"/>	سمع	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>	سمع	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	صدای صفی	<input type="checkbox"/>	رال	<input type="checkbox"/>	بالدم طولانی / ویز	<input type="checkbox"/>		دیلاته	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	منظم	<input type="checkbox"/>	منظم	<input type="checkbox"/>	ریتم	میوتیک	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>		بدون پاسخ	<input type="checkbox"/>		
نزوما											
انواع نزوما : <input type="checkbox"/> نفوذ با ذکر علت آسیب						عملیات رهاسازی پر روی حدود : <input type="checkbox"/> در حضور تکپسین					
<input type="checkbox"/> لامت با ذکر علت آسیب						<input type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکپسین					
انواع ضایعه											
عقب		جلو		پاره شدگی		شکستگی		تغییر شکل			
23		23		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
				قطع عضو		بسته		کمرشیدگی			
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
				لوجه سوختگی :-		ندارد		تندرس			
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
				لرصد سوختگی :-		گرفتگی		له شدگی			
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
				نریزی		<input checked="" type="checkbox"/>		سوراخ شدگی			
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
				ضایعه حسسی		بریدگی		تورم			
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
				ضایعه حرکتی		<input type="checkbox"/>		در رفتگی			
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			



سند شماره ۹ - تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۶۰۰۲، نام و نام خانوادگی صابر سمیعی، سن ۲۷ سال،  
 آدرس محل فوریت: اغتشاشات در جاده وهن آباد ورودی رباط کریم دور بزیند زیر پل به سمت اتوبان مستقر شوید... هماهنگی  
 با آقای قائمی / اعزام به مرکز درمانی : فیروزگر / ساعت تحویل : ۲۱ و ۲۶ دقیقه  
 علائم : خونریزی / خشونت / سوراخ شدگی / تغییر شکل



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/26  
 شماره سریال پرونده: X6605444/05  
 کد آمبولانس: 6002

مشخصات عمومی بیمار							
نام و نام خانوادگی	سن	سال	ماه	کد ملی	جنس	شکلیت اصلی بیمار CC	میلیت
27	0	0	0	0	مرد	CC	ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>
آدرس محل فوریت	تلفن اصلی	تلفن پشتیبانی	کیلو متر آمبولانس	کد پرسنل آمبولانس	ثابت زمن	دریافت مأموریت	حرکت از پایگاه
09127291087			730089	کد تکمیلین ارشد	20:47:29	رسیدن به مرکز درمانی	تحویلی به مرکز درمانی
			0	کد تکمیلین 1	20:47:30	رسیدن به محل فوریت	پایان مأموریت
			-	کد تکمیلین 2		رسیدن به پایگاه	رسیدن به پایگاه
			-	راقده امدادگر		حرکت از محل فوریت	
تشخیص اولیه بیماری		علائم همراه		نوع محل فوریت			
<input type="checkbox"/> سسکونی	<input type="checkbox"/> آموشی	<input type="checkbox"/> تنگی نفس	<input type="checkbox"/> هوپینی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحلی	<input type="checkbox"/> قلبی	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> ضرب و جرح
<input type="checkbox"/> سفتی	<input type="checkbox"/> مرازک درمانی	<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> تازی دید	<input type="checkbox"/> درشکسی	<input type="checkbox"/> تنفسی	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> ایستریک
<input type="checkbox"/> امکان ورزشی و تفریحی	<input type="checkbox"/> داری	<input type="checkbox"/> تعریق	<input type="checkbox"/> بیهوشتی گذرا	<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحلی	<input type="checkbox"/> مایپوگیسمی	<input type="checkbox"/> درد شکمی
<input type="checkbox"/> معبر نرفیکی آزاد راه	<input type="checkbox"/> بزگرراه	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> تب و لرز	<input type="checkbox"/> سهال	<input type="checkbox"/> سکنه مغزی	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> زغال کولیک
<input checked="" type="checkbox"/> راه اصلی	<input type="checkbox"/> راه فرعی	<input type="checkbox"/> فراموشی بعد از ضربه	<input type="checkbox"/> سر درد	<input checked="" type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> کاهش فشار	<input type="checkbox"/> مایپوگیسمی	<input type="checkbox"/> زایمان
<input type="checkbox"/> راه روستایی	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> اختلال روانی	<input type="checkbox"/> ضاهاات	<input type="checkbox"/> سقط		
سایر با ذکر نام :-	سایر با ذکر نام :-	سایر :-					
علل حوادث							
حوادث مرتبط با حمل و نقل				حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
وضعیت معلوم	وسيله نقلیه	سقوط شدگی در آب	تصادف راه هوایی	سرمغوردگی	سرمغوردگی	سرمغوردگی	سرمغوردگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
علیر	جاده ای	خودکشی	برق گرفتگی	سرمغوردگی	سرمغوردگی	سرمغوردگی	سرمغوردگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
راقده	خودرو سبک	گرما زدگی	حیوان گردگی	گزش حشرات، خزندگان	گزش حشرات، خزندگان	گزش حشرات، خزندگان	گزش حشرات، خزندگان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سریشین	خودرو سنگین	سوختگی جسم داغ	شیجیلی	سوختگی جسم داغ	سوختگی جسم داغ	سوختگی جسم داغ	سوختگی جسم داغ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ناخشک	موتور	سمومیت	CO	سمومیت	سمومیت	سمومیت	سمومیت
<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:	دوچرخه	سقوط	خبر همتراز	سقوط	سقوط	سقوط	سقوط
<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	تروما در اثر یخبندان		سایر	سایر	سایر	سایر



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/26  
شماره سریال پرونده : X6605444/05

کد آمبولانس : 6002

تاریخچه داروی مصرفی										تاریخچه پزشکی بیمار											
بیماریهای قلبی					اسم					سابقه جراحی					ذیابت						
تغییرات فشار خون					سکته مغزی					مشکلات گوارشی					سابقه بدخیمی						
سوء مصرف مواد					روائی					مشکلات کلیوی					بیماریهای خاص						
مغولیت					سابقه تروما					صرع					رہوی						
حساسیت دارویی با ذکر نام #										بیماریهای عفونی											
سایر																					
علامه حیاتی																					
T15		M6		V5		E4		SPO2		BS		PR		BP		RR		Zמן			
15		6		5		4		97		130		110		140/90		16		19:40:32			
-		0		0		0		-		-		-		-		-		-			
-		0		0		0		-		-		-		-		-		-			
-		0		0		0		-		-		-		-		-		-			
بررسی مریکها						بررسی ریه						بررسی قلب و عروق									
R		اندازه		L		R		L		R		سمع		L		R		سمع		R	
✓		نرمال		✓		نرمال		✓		✓		نرمال		✓		✓		نرمال		✓	
□		دیلاته		□		رال		□		□		رال		□		□		صدای صفی		□	
□		میوتیک		□		بازدم طولانی / ویز		□		□		بازدم طولانی / ویز		□		□		صدای صفی		□	
□		بدون پلنخ		□		منظم		□		□		منظم		□		□		منظم		□	
□				□		نا منظم		□		□		نا منظم		□		□		نا منظم		□	
تروما																					
عملیات رها سازی پر روی صدموم :										انواع تروما :											
□ قیل از رسیدن تکبیسین										□ در حضور تکبیسین											
□ نفوذ با ذکر علت آسیب										□ لامت با ذکر علت آسیب											
انواع ضلیعه																					
تغییر شکل		✓		سختگی		□		بسته		□		پاره شدگی		□		جلو		29		28	
کمرشیدگی		□		کپض دیستانال دارد		□		ندارد		□		قطع عضو		□		عقب		28		29	
تندرئس		□		لوجه سوختگی :-		□		□		□		لوجه سوختگی :-		□		عقب		28		29	
له شدگی		□		گوفتگی		□		□		□		لرصد سوختگی :-		□		عقب		28		29	
تورم		□		سوراخ شدگی		□		□		□		وئریزی		□		عقب		28		29	
در رفتگی		□		پریدگی		□		□		□		ضلیعه حسی		□		عقب		28		29	
		□				□		□		□		ضلیعه حرکتی		□		عقب		28		29	



سند شماره ۱۰- تاریخ مأموریت ۲۷ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۳۰۵۵، نام و نام خانوادگی امیر عباس فرهادی، سن ۳۳ سال  
 آدرس محل فوریت: منطقه ترمینال جنوب/داخل سرویس بهداشتی /اقا بدحال/(پشت مترو - جنب مسجد)آمبولانس /  
 ۲مصدوم / اعزام به مرکز درمانی بهارلو

علائم: ضرب و جرح/خونریزی/ضعف و بیحالی/تندرنس/سوراخ شدگی

انواع تروما: نافذ با ذکر علت آسیب

توضیحات و ملاحظات مأموریت: مورد آقای ۳۳ ساله بدون سابقه پزشکی که بدنبال ضرب و جرح دچار تروما به قفسه سینه شده  
 اند. علائم حیاتی کنترل شد. پذیرش انجام شد. پانسمان و فیکس سازی انجام شد و با رگ باز به بیمارستان منتقل گردید...



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/27

شماره سریال پرونده: X6609859

کد آمبولانس: 3055

مشخصات عمومی بیمار						
نام و نام خانوادگی: امیر عباس فرهادی		جنس: <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر		میلیت: <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی		شکلیت اصلی بیمار: CC
حدود سن: 33 سال	ماه: 0	کد ملی: 0	کیلومتر آمبولانس: 351042		تلفن اصلی: *****	تلفن پشتیبانی: *****
آدرس محل فوریت: منطقه؟ ترمینال جنوب// داخل سرویس بهداشتی // اقا بدحال// (پشت مترو - جنب مسجد) آمبولانس						
نوع محل فوریت:		علائم همراه:		تشخیص اولیه بیماری:		
دریافت مأموریت: *****	رسیدن به مرکز درمانی: 04:16:59	کد تکمیلین ارشد: 351042	ضرب و بیحالی <input checked="" type="checkbox"/>	ضرب و جرح <input checked="" type="checkbox"/>	سایر با ذکر نام: -	
حرکت از پایگاه: *****	تحویل به مرکز درمانی: 04:24:35	کد تکمیلین 1: 730124	تشنج <input type="checkbox"/>	تشنج <input type="checkbox"/>	سایر با ذکر نام: -	
رسیدن به محل فوریت: *****	پایان مأموریت: *****	کد تکمیلین 2: 0	درد شکمی <input type="checkbox"/>	درد شکمی <input type="checkbox"/>	سایر با ذکر نام: -	
حرکت از محل فوریت: *****	رسیدن به پایگاه: *****	راشده امدادگر: -	سختگی نفس <input type="checkbox"/>	سختگی نفس <input type="checkbox"/>	سایر با ذکر نام: -	
علائل حوادث						
حوادث مرتبط با حمل و نقل			حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل			
وضعیت مصدوم: <input type="checkbox"/>	وسيله نظيه: <input type="checkbox"/>	سقوط شدگی در آب: <input type="checkbox"/>	انسداد راه هوایی: <input type="checkbox"/>	خشونت: <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/>	
تجزیه: <input type="checkbox"/>	چاده ای: <input type="checkbox"/>	خودکشی: <input type="checkbox"/>	بزرگی: <input type="checkbox"/>	سرمه خوردگی: <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/>	
راشده: <input type="checkbox"/>	خودرو سبک: <input type="checkbox"/>	گرما زدگی: <input type="checkbox"/>	حیوان گردگی: <input type="checkbox"/>	گزش حشرات، گزندگان: <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/>	
سرفشین: <input type="checkbox"/>	خودرو سنگین: <input type="checkbox"/>	سوختگی جسم داغ: <input type="checkbox"/>	شیمیایی: <input type="checkbox"/>	ملیحات داغ: <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/>	
نامشخص: <input type="checkbox"/>	موتور: <input type="checkbox"/>	سمومیت: <input type="checkbox"/>	CO: <input type="checkbox"/>	دارو: <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/>	
سایر: <input type="checkbox"/>	دوچرخه: <input type="checkbox"/>	سقوط: <input type="checkbox"/>	همتراز: <input type="checkbox"/>	همتراز: <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/>	
-	سایر: <input type="checkbox"/>	تروما در اثر یکدیگر: <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/>			



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

تاریخ مصوریت: 1398/8/27  
شماره سریال پرونده: X6609859  
کد آمبولانس: 3055

تاریخچه پزشکی بیمار					تاریخچه داروی مصرفی							
<input type="checkbox"/>	دیابت	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input type="checkbox"/>	اسم	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی	<input type="checkbox"/>	دارد			
<input type="checkbox"/>	سابقه بدخیمی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی	<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	روائی	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	دیوی	<input type="checkbox"/>	عصرع	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	مغولیت	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عفونی	حساسیت دارویی یا ذکر نام #								
علامه حیاتی												
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15			
04:03:39	14	130/85	75	135	97	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	سمع	L	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	R	<input checked="" type="checkbox"/>	L	اندازه	R		
<input type="checkbox"/>	صدای صفی		<input type="checkbox"/>	رال	<input type="checkbox"/>	سمع	<input type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/>	منظم	ریتم	<input type="checkbox"/>	باردم طولانی / ویز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیلاته	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	نا منظم		<input checked="" type="checkbox"/>	منظم	<input checked="" type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	میوتیک	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	بدون پلسخ	<input type="checkbox"/>				
تروما												
انواع تروما : <input checked="" type="checkbox"/> نفوذ با ذکر علت آسیب					عملیات رهسازی بر روی صدوم : <input checked="" type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکلیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین							
بلانت با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/>												
توابع ضایعه												
	عقب	-		جلو	<input type="checkbox"/>	پاره شدگی	<input type="checkbox"/>	شکستگی	<input type="checkbox"/>	تغییر شکل		
				20	<input type="checkbox"/>	قطع عضو	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	باز	کراشیدگی	
					<input type="checkbox"/>	لوجه سوختگی :-	<input type="checkbox"/>	ندارد	<input type="checkbox"/>	مض حیستال دارد	<input checked="" type="checkbox"/>	تندرین
					<input type="checkbox"/>	برصد سوختگی :-	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	گوفتگی	<input type="checkbox"/>	له شدگی
					<input type="checkbox"/>	توریدی	<input checked="" type="checkbox"/>	سوراخ شدگی	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	تورم
					<input type="checkbox"/>	ضایعه حسسی	<input type="checkbox"/>	بریدگی	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	در رفتگی
	<input type="checkbox"/>	ضایعه حرکتی	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/27

شماره سریال پرونده: X6609859

کد آمبولانس: 3055

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"/> مفلتورینگ	<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 کادب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> بنسمن و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملساز هسه سیئه	<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 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 فترات	<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	-	-	-	-	-					
برانت نامه										
شماره برانت 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				
			مورد آقای 33 ساله بدون سابقه پزشکی که پهنال ضرب و جرح دچار تروما به هسه سیئه شده امد علاج حیاتی کنترل شد پذیرش انجام شد بنسمن و فیکس ساری انجام شد و با رگ از به بیمارستان منتقل گردید عوق 1033 چهره خوردگی سطحی می باشد و سچوریشن مجروح 97 می باشد اعضای داخلی هیچ آسیبی ندیده است			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"/>				

سند شماره ۱۱- تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۶۲۳۸، نام و نام خانوادگی رضا طاهری، سن ۲۶ سال، آدرس

محل فوریت: اغتشاشات/ پیروزی/ کنار گذر امام علی/ نرسیده به خیابان عزیزی/ اعزام به مرکز درمانی: امام حسین (ع)

علائم: خونریزی / بریدگی

توضیحات و ملاحظات مأموریت: مصدوم آقا ۲۶ ساله ... ضرب و جرح دچار تروما های متعدد شده که پس از رسیدن بر بالین وی کنترل علائم حیاتی شرح حال معاینه فیزیکی پانسمان و کنترل خونریزی، بی حرکت سازی، فیکس اندام، انتقال به داخل کد با هوشیاری کامل به بیمارستان منتقل شد.



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6600515

کد آمبولانس: 6238

مشخصات عمومی بیمار									
شکایت اصلی بیمار CC		جنس:		ملیت		نام و نام خانوادگی		سنداطلری	
*****		<input type="checkbox"/> مونث		<input checked="" type="checkbox"/> ایرانی		0 ماه		26 سال	
*****		<input checked="" type="checkbox"/> مذکر		0 کد ملی		0		سال	
*****		<input type="checkbox"/> نامشخص		تلفن پزشکی		تلفن اصلی		آدرس محل فوریت: اغتشاشات / منطقه ۲ / پیروزی / کنار گذر امام علی / نرسیده به خیابان عزیزی / مودولانس آمبولانس #	
کیلومتر آمبولانس		کد پرسنل آمبولانس		ثابت زمان		دریافت مأموریت		تلفن اصلی	
*****		120100		00:18:08		*****		*****	
کیلومتر حرکت		کد تکمیلین ارشد		رسیدن به مرکز درمانی		رسیدن به مرکز درمانی		رسیدن به مرکز درمانی	
*****		150170		-		*****		*****	
کیلومتر رسیدن به محل فوریت		کد تکمیلین 1		تحويل به مرکز درمانی		تحويل به مرکز درمانی		تحويل به مرکز درمانی	
*****		0		*****		*****		*****	
کیلومتر رسیدن به پایگاه		کد تکمیلین 2		پایان مأموریت		پایان مأموریت		پایان مأموریت	
*****		-		*****		*****		*****	
کیلومتر سوختگیری		راشده امدادگر		رسیدن به پایگاه		رسیدن به پایگاه		رسیدن به پایگاه	
*****		-		*****		*****		*****	
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت			
<input type="checkbox"/> ضرب و جرح			<input type="checkbox"/> تشنج			<input type="checkbox"/> آموژی			
<input type="checkbox"/> هیستریک			<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون			<input type="checkbox"/> مفاصل			
<input type="checkbox"/> درد شکمی			<input type="checkbox"/> هلیپرگیسمی			<input type="checkbox"/> تاری			
<input type="checkbox"/> زوال کونیک			<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری			<input type="checkbox"/> بزرگراه			
<input type="checkbox"/> رابمان			<input type="checkbox"/> هلیپرگیسمی			<input checked="" type="checkbox"/> راه اصلی			
<input type="checkbox"/> سقط			<input type="checkbox"/> اختلال روانی			<input type="checkbox"/> راه روستایی			
سایر: <input checked="" type="checkbox"/> جرح			سایر با ذکر نام: <input type="checkbox"/>			سایر با ذکر نام: <input type="checkbox"/>			
علل حوادث									
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
<input type="checkbox"/> خشونت					<input type="checkbox"/> عرق شدگی در آب				
<input type="checkbox"/> سرملوردگی					<input type="checkbox"/> جاده ای				
<input type="checkbox"/> آگزش حشرات، خزندگان					<input type="checkbox"/> خودرو سبک				
<input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ				
<input type="checkbox"/> لکترول					<input type="checkbox"/> مسمومیت				
<input type="checkbox"/> بر خورد با نیروی مکانیکی بیجان					<input type="checkbox"/> زیر زمینی				
<input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> تروما در اثر یخبندان				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مصوریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6600515

کد آمبولانس : 6238

تاریخچه داروی مصرفی										تاریخچه پزشکی بیمار											
بیماریهای قلبی					آسم					سابقه جراحی					دیابت						
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>						
تغییرات فشار خون					سکته مغزی					مشکلات گوارشی					سابقه بدخیمی						
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>						
سوء مصرف مواد					روائی					مشکلات کلیوی					بیماریهای خاص						
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>						
مطولیت					سابقه تروما					سرع					زبوی						
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>						
حساسیت دارویی با ذکر نام #										بیماریهای عفونی											
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>											
علامت حیاتی																					
T15		M6		V5		E4		SPO2		BS		PR		BP		RR		زمان			
15		6		5		4		98		-		92		100/60		16		01:12:40			
-		0		0		0		-		-		-		-		-		-			
-		0		0		0		-		-		-		-		-		-			
-		0		0		0		-		-		-		-		-		-			
بررسی مردمکها						بررسی ریه						بررسی قلب و عروق									
R		اندازه		L		R		L		R		سمع		L		R		ترمال		سمع	
<input checked="" type="checkbox"/>		نرمال		<input checked="" type="checkbox"/>		سمع		<input checked="" type="checkbox"/>		نرمال		<input checked="" type="checkbox"/>		نرمال		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		دیلاته		<input type="checkbox"/>		ریتم		<input type="checkbox"/>		زال		<input type="checkbox"/>		صدای صفی		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		میوتیک		<input type="checkbox"/>		بازدم طولانی / ویز		<input type="checkbox"/>		بازدم طولانی / ویز		<input type="checkbox"/>		ریتم		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		بدون پاسخ		<input type="checkbox"/>		متنظم		<input checked="" type="checkbox"/>		متنظم		<input checked="" type="checkbox"/>		نا منظم		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		نا منظم		<input type="checkbox"/>		نا منظم		<input type="checkbox"/>		نا منظم		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
تروما																					
عملیات رها سازی بر روی حدود : <input type="checkbox"/>										قبل از رسیدن تکبیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکبیسین <input type="checkbox"/>											
نوع تروما : <input type="checkbox"/> نافذ با ذکر علت آسیب										انواع تروما : <input checked="" type="checkbox"/> نفاذ با ذکر علت آسیب											
نوع ضایعه																					
تغییر شکل		<input checked="" type="checkbox"/>		شکستگی باز		<input type="checkbox"/>		پسته		<input type="checkbox"/>		پاره شدگی		<input type="checkbox"/>		جلو		عقب		mt	
کمرشیدگی		<input checked="" type="checkbox"/>		بض دیستانل دارد		<input checked="" type="checkbox"/>		تدارد		<input type="checkbox"/>		تقطع عضو		<input type="checkbox"/>		جلو		عقب		mt	
تدریس		<input checked="" type="checkbox"/>		کوفتگی		<input type="checkbox"/>		نورج سوختگی :-		<input type="checkbox"/>		نورج سوختگی :-		<input type="checkbox"/>		جلو		عقب		mt	
له شدگی		<input type="checkbox"/>		کوفتگی		<input type="checkbox"/>		نورج سوختگی :-		<input type="checkbox"/>		نورج سوختگی :-		<input type="checkbox"/>		جلو		عقب		mt	
تورم		<input checked="" type="checkbox"/>		اوراخ شدگی		<input type="checkbox"/>		کوفتگی		<input type="checkbox"/>		کوفتگی		<input type="checkbox"/>		جلو		عقب		mt	
لار رفتگی		<input type="checkbox"/>		پریدگی		<input type="checkbox"/>		ضایعه حسنی		<input checked="" type="checkbox"/>		ضایعه حسنی		<input type="checkbox"/>		جلو		عقب		mt	
								ضایعه حرکتی		<input type="checkbox"/>		ضایعه حرکتی		<input type="checkbox"/>		جلو		عقب		mt	



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6600515

کد آمبولانس: 6238

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 پزشکی								
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	iv	1.000	مال سلین- 500	-	<input type="checkbox"/> مافیتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساگشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کاذب / مأموریت اشتباه						<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	هستورات:					<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> پلسمان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا	*****					<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل						<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مناسف هسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر						<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حملیت تکفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین						<input checked="" type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا						<input checked="" type="checkbox"/> فیکس ستون فقرات	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<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					ایجاب خدمت/ آقایی				
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			
چسب 3, M اثریوکت طوسی, اثریوکت طوسی چسب 3- چسب اثریوکت,		ضرب و جرح دچار تروما های متعدد شده که پس از رسیدن بر بلین وی کنترل علائم حیاتی شرح حال معاینه فیزیکی پلسمان و کنترل خونریزی پس حرکت ساری فیکس اقدام انتقال به داخل کد با هوشیاری کامل به بیمارستان منتقل شد				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 ۱۲ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۵۲۷۴، نام و نام خانوادگی سید یاسر حسنی، سن ۳۵ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات/ میدان صادقیه/ ستارخان/ انتهای خیابان شهدای شمالی/ مهندسی راهور/ ناجا/ ۵ مجروح/ الویت ۲ / اعزام به مرکز درمانی: حضرت رسول / ساعت تحویل به مرکز ۱۸ و ۲۵ دقیقه انواع تروما: ترومای نافذ با ذکر علت آسیب  
 علائم: خونریزی / تندرns / تورم / پاره شدگی / تروما به سر

توضیحات و ملاحظات مأموریت: در پی درگیری خیابانی دچار تروما به گردیده که قبل از رسیدن از محل حادثه به قرارگاه راهور منتقل گردیده بودند علائم حیاتی کنترل شد اقدامات درمانی و اولیه انجام شد جهت ادامه درمان سریعاً تحویل مرکز درمانی شدند (تایم مازاد داخل بیمارستان بدلیل نبودن تخت و تایم مازاد ۹۷ شدن محل فوریت به دلیل ۱۰۱۳ شدید) در ضمن بدلیل ۱۰۷ بودن نت فایل با تاخیر بسته شد. که به همکاران پیگیری اطلاع داده شد.



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/25  
 شماره سریال پرونده: X6597536  
 کد آمبولانس: 5274

مشخصات عمومی بیمار											
نام و نام خانوادگی		سید یاسر حسنی		جنس:		مذکر		ملیت:		ایرانی	
حودسن		35 سال		ماه:		0		کد ملی:		0	
آدرس محل فوریت		اغتشاشات منطقه ۲/ میدان صادقیه/ ستارخان/ انتهای خیابان شهدای شمالی/ مهندسی راهور/ ناجا/ 5 مجروح/ اموالسن/ موتورلسن/ الویت ۲									
تلفن اصلی		*****		تلفن پشتیبانی		*****		شماره نا مشخص		*****	
ثابت زمان			کد پرسنل آمبولانس			کیلومتر آمبولانس			شکلیت اصلی بیمار CC		
دریافت مأموریت		رسیدن به مرکز درمانی		17:44:28		کد تکمیلین ارشد		150041		کیلومتر حرکت	
حرکت از پایگاه		تحویل به مرکز درمانی		18:15:23		کد تکمیلین 1		350937		کیلومتر رسیدن به محل فوریت	
رسیدن به محل فوریت		پایان مأموریت		*****		کد تکمیلین 2		0		کیلومتر پایان مأموریت	
حرکت از محل فوریت		رسیدن به پایگاه		*****		راشده بردادگر		-		کیلومتر سوختگیری	
نوع محل فوریت				علائم همراه				تشخیص اولیه بیماری			
مسکونی		آموزشی		تنگی نفس		خوبی		ضعف و بیحالی		تشنج	
عسکری		مراکز درمانی		درد قفسه صدری		تاری دید		درد شکمی		تشنج	
امکان ورزشی و تفریحی		داری		تفریق		بیخوشی گذرا		تهوع و استفراغ		تشنج	
معاینه تریابی آزاد راه		بزرگراه		سرگیجه		تب و لرز		سهال		سکته مغزی	
راه اصلی		راه فرعی		فراخوشی بعد از ضربه		سر درد		کوتاری		کاهش هوشیاری	
راه روستایی		*		اختلال حسی و حرکتی		اختلال هوشیاری		اختلال روانی		اختلال روانی	
سایر یا ذکر نام: -		سایر یا ذکر نام: -		سایر: تروما به سر		سایر: تروما به سر		سایر: تروما به سر		سایر: تروما به سر	
عقل حوادث											
حوادث مرتبط با حمل و نقل						حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					
بضیعت صندوق		وسيله نظيه		غرق شدگی در آب		آسداد راه هوایی		کشتوت		کشتوت	
عابر		چاده ای		خودکشی		برق گرفتگی		سرملوردگی		سرملوردگی	
راشده		خودرو سبک		گرما زدگی		حیوان گردگی		گزش حشرات، گززدگان		گزش حشرات، گززدگان	
سرنشین		خودرو سنگین		سوختگی جسم داغ		شیبیلی		میلیعات داغ		لکتربکی	
نا مشخص		موتور		سمومیت		CO		دارو		مواد مخدر	
سایر:		نوع چرخه		سقوط		همتراز		غیر همتراز		برگورد با نیروی مکانیکی بیجان	
-		سایر		تروما در اثر یخبندان		سایر		سایر		سایر	







سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6597536

کد آمبولانس : 5274

نتیجه مأموریت	مشلوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نام دارو	دوز	نحوه تجویز	کد پزشک	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 کاذب / مأموریت اشتباه									
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	هستورات :								
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و احداث									
<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 کودروی شخصی									
برگشت نامه									
شماره برگشت نامه					اینجانب 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			
			در پی درگیری کجبلبی دچار تروما به گردیده که قبل از رسیدن از محل حادثه به قرارگاه راهور منتقل گردیده بوده. علایم حیاتی کنترل شد. اقدامات درمانی و اولیه انجام شد جهت ادامه ی درمان سریعاً تحویل مرکز درمانی شهرد (تایم مازاد دلکل بیمارستان به دلیل نبودن تخت و تایم مازاد 97 شدن محل فوریت به دلیل 1013 شدید) درضمن به دلیل 107 بودن نت شیل با تکمیلین بسته شد. که به همکاران پیگیری اطلاع داده 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			
						تحویل بدون رضایت			





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

تاریخ مصوریت : 1398/8/25  
شماره سریال پرونده : X6597891

کد آمبولانس : 4152

تاریخچه پزشکی بیمار						تاریخچه داروی مصرفی				
<input type="checkbox"/>	فیلبت	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input type="checkbox"/>	سم	<input checked="" type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی	دارد		
<input type="checkbox"/>	سابقه بدخیمی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	سکته 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 checked="" type="checkbox"/>	زروی	<input type="checkbox"/>	عصرع	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	مغولیت			
<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عکونی	حساسیت دارویی یا ذکر نام -						
علامه حیاتی										
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15	
17:27	18	120/80	83	-	98	4	5	6	15	
17:51	1	120/80	81	-	99	4	5	6	15	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مریکها			
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی			سمع	L	R		سمع	L	اندازه	R
				<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			ریتم	<input type="checkbox"/>	رال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیلاته	<input type="checkbox"/>	
				<input checked="" type="checkbox"/>	باردم طولانی / ویز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	میوتیک	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	منظم	<input checked="" type="checkbox"/>	ریتم	بدون پسخ	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>				
تروما										
<input type="checkbox"/> نافذ با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> انواع تروما : <input type="checkbox"/> بالشت با ذکر علت آسیب					<input type="checkbox"/> عملیات رهسازی بر روی صدوم : <input type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکبیین <input type="checkbox"/> در حضور تکبیین					
توابع ضلیعه										
		عقب			جلو	<input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> بیض دیستان دارد <input type="checkbox"/> کوفتگی <input type="checkbox"/> سوخاخ شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی <input type="checkbox"/> پاره شدگی بسته <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> کوفتگی <input type="checkbox"/> سوخاخ شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی <input type="checkbox"/> ضلیعه حرکتی				

سند شماره ۱۴ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۵۲۷۴، نام و نام خانوادگی علیرضا رجبی، سن ۳۰ سال،  
 آدرس محل فوریت: اغتشاشات در میدان صادقیه/ ستارخان/ انتهای خیابان شهدای شمالی/ مهندسی راهور/ ناجا/ ۵ مجروح/  
 الویت ۲ / اعزام به مرکز درمانی : حضرت رسول / ساعت تحویل به مرکز ۱۸ و ۵۴ دقیقه  
 انواع ضایعه : تندرئس، تروما

انواع تروما : بلانت [ترومای پهن و گسترده]

توضیحات و ملاحظات مأموریت : در پی درگیری خیابانی دچار تروما به کمر و پهلو چپ گردیده که قبل از رسیدن از  
 محل حادثه به فرارگاه راهور منتقل گردیده بودند علائم حیاتی کنترل شد. اقدامات درمانی و اولیه انجام شد جهت ادامه ی  
 درمان سریعاً تحویل مرکز درمانی شدند.



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

تاریخ مأموریت : 1398/8/25  
 شماره سریال پرونده : X6597536/02  
 کد آمبولانس : 5274

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی		علی رضا رجبی		جنس :		میلیت		ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>	
حدود سن	سال	30	ماه	0	کد ملی	0	شکلیت اصلی بیمار	CC	
آدرس محل فوریت		اغتشاشات منطقه/ میدان صادقیه/ ستارخان/ انتهای خیابان شهدای شمالی/ مهندسی راهور/ ناجا/ 5 مجروح/ اورژانس/ مأموریت/ الویت/ ۵۲۷۴							
تلفن اصلی	تلفن پشتیبانی	*****							
ثابت زمین			کد پرسنل آمبولانس			کیلومتر آمبولانس			
دریافت مأموریت	رسیدن به مرکز درمانی	17:44:28	کد تکمیلین ارشد	150041	کیلومتر حرکت	*****			
حرکت از پلیگاه	تحویل به مرکز درمانی	18:15:23	کد تکمیلین 1	350937	کیلومتر رسیدن به محل فوریت	*****			
رسیدن به محل فوریت	پایان مأموریت	*****	کد تکمیلین 2	0	رسیدن به پلیگاه	*****			
حرکت از محل فوریت	رسیدن به پلیگاه	*****	راهنده امدادگر	-	کیلومتر سوختگیری	*****			
نوع محل فوریت			علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری			
سکوتی	آموشی	تنگی نفس	خوبی	ضعف و بیحالی	تشنج	تغیر و جرح	تشخیص اولیه بیماری		
منحنی	مراکز درمانی	درد قفسه صدری	تاری دید	درهشکی	تفسی	افزایش فشار خون	تشخیص اولیه بیماری		
امان ورزشی و تفریحی	داری	تفریحی	پیشوشی گذرا	تهوع و استفراغ	ضعف و بیحالی	هپیرگیسمی	تشخیص اولیه بیماری		
معدنر نرفیکی آزاد راه	بزرگراه	سرگیجه	تب و لرز	سهال	سکته مغزی	کاهش هوشیاری	تشخیص اولیه بیماری		
راه اصلی	راه فرعی	گراموشی بعد از ضربه	سر درد	کونتریزی	کاهش فشار	هپیرگیسمی	تشخیص اولیه بیماری		
راه روستایی		اختلال حسی و حرکتی	اختلال هوشیاری	اختلال رویی	کدمات	نقط	تشخیص اولیه بیماری		
سایر یا ذکر نام :-			سایر یا ذکر نام :-			سایر : تروما به کمر			
علل حوادث									
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل				
ضعیت مصوم	وسیلله نظییه	مروق شدگی در آب	تسداد راه هوانی	کشونت	ضعیت مصوم				
عابر	چاده ای	خودکشی	برق گرفتگی	سرمفلوردگی	عابر				
راننده	خودرو سبک	گرما زدگی	حیوان گردیدگی	گزن حشرات، کززدگان	راننده				
سرنشین	خودرو سنگین	سختگی جسم داغ	شیمیایی	میعات داغ	لکتزیکی	حریق	سرنشین		
ناشکص	موتور	سمومیت	CO	داری	مواد مخدر	سموم	ناشکص		
سایر:	موتور	زیر زمین	سقوط	همتراز	غیر همتراز	برخورده با نیروی مکانیکی	سایر:		
-	سایر	تروما در اثر یکدیگر		سایر	-				



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/25  
شماره سریال پرونده : X6597536/02  
کد آمبولانس : 5274

تاریخچه داروی مصرفی										تاریخچه پزشکی بیمار														
بیماریهای قلبی					اسم					سابقه جراحی					فیابیت									
تغییرات فشار خون					سکته مغزی					مشکلات گوارشی					سابقه بدخیمی									
سوء مصرف مواد					روانی					مشکلات کلیوی					بیماریهای خاص									
مغولیت					سابقه تروما					صرع					زبوی									
حساسیت دارویی یا ذکر نام #										بیماریهای عروسی										سایر				
علامه حیاتی																								
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15															
17:14:39	15	130/70	88	-	98	4	5	6	15															
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-															
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-															
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-															
بررسی ریبه						بررسی مریتمکها						بررسی قلب و عروق												
اندازه			R			L			سمع			R			L			سمع		ریتم				
نرمال			نرمال			نرمال			نرمال			نرمال			نرمال			نرمال		نرمال				
بیابانه			بیابانه			بیابانه			بیابانه			بیابانه			بیابانه			بیابانه		بیابانه				
میوتیک			میوتیک			میوتیک			میوتیک			میوتیک			میوتیک			میوتیک		میوتیک				
بدون پسخ			بدون پسخ			بدون پسخ			بدون پسخ			بدون پسخ			بدون پسخ			بدون پسخ		بدون پسخ				
تروما																								
عملیات رهسازی بر روی صدوم :										انواع تروما :														
قبل از رسیدن تکسین										نفاذ با ذکر علت آسیب														
در حضور تکسین										بلامت با ذکر علت آسیب														
نوع ضایعه																								
تغییر شکل		شکستگی باز		بسته		پاره شدگی		جلو		عقب		تغییر شکل		شکستگی باز		بسته		پاره شدگی		جلو		عقب		
کراشیدگی		شکستگی دیستانال دارد		ندارد		قطع عضو		-		22.24		کراشیدگی		شکستگی دیستانال دارد		ندارد		قطع عضو		-		22.24		
تدریس		هفتگی		-		درجه سوختگی :-		-		22.24		تدریس		هفتگی		-		درجه سوختگی :-		-		22.24		
به شدگی		سوراخ شدگی		-		کوتزیری		-		22.24		به شدگی		سوراخ شدگی		-		کوتزیری		-		22.24		
تورم		بریدگی		-		ضایعه حسی		-		22.24		تورم		بریدگی		-		ضایعه حسی		-		22.24		
در رفتگی		-		-		ضایعه حرکتی		-		22.24		در رفتگی		-		-		ضایعه حرکتی		-		22.24		



سازمان اورژانس کشور  
استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6597536/02

کد آمبولانس : 5274

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 پزشکی	-	-	-	-	<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 معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادپ / مأموریت پشتیبان	هستورات :	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پالس و تنزله 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 checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> منازکسه 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 type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اینکس سنون فرائت	<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		-	-	-	-				
برانت نامه									
شماره برانت 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			
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی			
		در پی درگیری کیبلی دچار تروما به کمر و پهلوی چپ گردیده که قبل 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 شهید				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			

سند شماره ۱۵ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۴۲۰۳، نام و نام خانوادگی فتح الله احمدی، سن ۲۳ سال،  
 آدرس محل فوریت: اغتشاشات در ۴۶ متری نارمک / مقابل بیمارستان انصاری / نبش خیابان ۵۸ / اعزام به مرکز درمانی : امام  
 حسین

علائم : سرگیجه / سردرد / تهوع و استفراغ / ضرب و جرح، تندرئس / هد تروما

توضیحات و ملاحظات مأموریت : بیمار آقای ۲۳ ساله... طی درگیری دچار هد تروما و سرگیجه شدند ..



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6599793

کد آمبولانس : 4203

مشخصات عمومی بیمار									
شکایت اصلی بیمار CC		جنس : <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص		ملیت <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی		نام و نام خانوادگی : فتح الله احمدی		حدود سن : سال 23 / ماه 0 / کد ملی	
آدرس محل فوریت : اغتشاشات منطقه ۴ / ۴۶ متری نارمک / مقابل بیمارستان انصاری / نبش خیابان ۵۸ / آمبولانس / آمبولانس #		تلفن اصلی		تلفن پشتیبانی		تلفن اصلی		تلفن پشتیبانی	
کیلومتر آمبولانس		کد پرسنل آمبولانس		نوبت زمان					
کیلومتر حرکت	کیلومتر رسیدن به محل فوریت	کد تکمیلین ارشد	کد تکمیلین 1	22:50:00	رسیدن به مرکز درمانی	رسیدن به مرکز درمانی	تحويل به مرکز درمانی	23:00:00	کد تکمیلین 2
350878	351061	-	351061	*****	*****	*****	*****	*****	*****
کیلومتر رسیدن به پایگاه	کیلومتر سوختگیری	راقدده امدادگر	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت			
<input checked="" type="checkbox"/> ضرب و جرح	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تب	<input type="checkbox"/> تهوع و بیحالی	<input type="checkbox"/> تپش قلبی	<input type="checkbox"/> تپش	<input type="checkbox"/> تنگی نفس	<input type="checkbox"/> آموشی	<input type="checkbox"/> سسکونی	<input type="checkbox"/> سسکونی
<input type="checkbox"/> هیستریک	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> تنفسی	<input type="checkbox"/> درهشکمی	<input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی	<input type="checkbox"/> مدغنی	<input type="checkbox"/> مدغنی
<input type="checkbox"/> درد شکمی	<input type="checkbox"/> هلیپرگیسمی	<input type="checkbox"/> سبب و بیدالی	<input checked="" type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> بیهووشی گذرا	<input type="checkbox"/> تعریق	<input type="checkbox"/> تاری	<input type="checkbox"/> تاری	<input type="checkbox"/> امکان ورزشی و تفریحی	<input type="checkbox"/> امکان ورزشی و تفریحی
<input type="checkbox"/> زوال کولیک	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> سکنه مغزی	<input type="checkbox"/> سهال	<input type="checkbox"/> تب و لرز	<input checked="" type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> بزرگراه	<input type="checkbox"/> بزرگراه	<input type="checkbox"/> معابر ترافیکی آزاد راه	<input type="checkbox"/> معابر ترافیکی آزاد راه
<input type="checkbox"/> رابمان	<input type="checkbox"/> هلیپرگیسمی	<input type="checkbox"/> کاهش فشار	<input checked="" type="checkbox"/> ویریزی	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> فراموشی بعد از ضربه	<input type="checkbox"/> راه فرعی	<input type="checkbox"/> راه فرعی	<input type="checkbox"/> راه اصلی	<input type="checkbox"/> راه اصلی
<input type="checkbox"/> بقط	<input type="checkbox"/> مصاهاات	<input type="checkbox"/> اختلال روانی	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> راه روستایی	<input type="checkbox"/> راه روستایی	<input type="checkbox"/> راه روستایی	<input type="checkbox"/> راه روستایی
سایر :-			سایر با ذکر نام : هفتروما			سایر با ذکر نام :-			
علل حوادث									
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
<input type="checkbox"/> مشوئت	<input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی	<input type="checkbox"/> عرق شدگی در آب	<input type="checkbox"/> وسيله نظقيه	<input type="checkbox"/> وضعیت صدموم	<input type="checkbox"/> خودکشی	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> عبور	<input type="checkbox"/> عبور
<input type="checkbox"/> سرماخوردگی	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی	<input type="checkbox"/> خودکشی	<input type="checkbox"/> هوایی	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> دریایی	<input type="checkbox"/> خودروسبک	<input type="checkbox"/> راننده	<input type="checkbox"/> راننده
<input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان	<input type="checkbox"/> حیوان گردگی	<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"/> ریلی	<input type="checkbox"/> خودروسنگین	<input type="checkbox"/> سرتشین	<input type="checkbox"/> سرتشین
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> لکتريکی	<input type="checkbox"/> حریق	<input type="checkbox"/> حریق	<input type="checkbox"/> حریق	<input type="checkbox"/> حریق	<input type="checkbox"/> سطح زمینی	<input type="checkbox"/> موتور	<input type="checkbox"/> نامشخص	<input type="checkbox"/> نامشخص
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> مواد مكدور	<input type="checkbox"/> مسمومیت	<input type="checkbox"/> مسمومیت	<input type="checkbox"/> مسمومیت	<input type="checkbox"/> مسمومیت	<input type="checkbox"/> زیر زمینی	<input type="checkbox"/> دوچرخه	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> غیر همتراز	<input type="checkbox"/> همتراز	<input type="checkbox"/> همتراز	<input type="checkbox"/> همتراز	<input type="checkbox"/> همتراز	<input type="checkbox"/> تروما در اثر یخبندان	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/25  
شماره سریال پرونده : X6599793  
کد آمبولانس : 4203

تاریخچه پزشکی بیمار					تاریخچه داروی مصرفی				
<input type="checkbox"/>	فیلبت	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input type="checkbox"/>	اسم	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	سابقه بدخیمی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی	<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	روانی	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	زبوی	<input type="checkbox"/>	عصرع	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	مغولیت	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عرونی	حساسیت دارویی یا ذکر نام -					
علامه حیاتی									
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
00:00	18	110/70	92	-	98	4	5	6	15
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مرامکها		
<input type="checkbox"/>	نرمال	سمع	L	<input type="checkbox"/>	R	سمع	L	اندازه	R
<input type="checkbox"/>	صدای صفی		<input type="checkbox"/>	نرمال	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	نرمال	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	رال	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	فیلاته	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	منظم	ریتم	<input type="checkbox"/>	بازدم طولانی / ویز	<input type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	میوتیک	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	نا منظم		<input type="checkbox"/>	منظم	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	بدون پسخ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
تروما									
<input type="checkbox"/> نفذ با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> انواع تروما : <input type="checkbox"/> باامت با ذکر علت آسیب					عملیات رهسازی بر روی مصوم : <input type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکلیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین				
نواع ضلیعه									
		عقب			چلو	<input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> لرحه سوختگی :- <input type="checkbox"/> لرحه 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"/> نهن دیستانل دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> کوفتگی <input type="checkbox"/> سوراخ شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی	<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input type="checkbox"/> کراشیدگی <input checked="" type="checkbox"/> تدرنس <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 : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : 6599793

کد آمبولانس : 4203

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی						
		کد پزشکی	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل		
<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 کاذب / مأموریت اشتباه												
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	هستورات :											
<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 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			
			طی درگیری دچار هذروما و سرگیجه شده .. خونریزی و تورم ندارند و چست پین و نیسپه ندارد .. علائم حیاتی چک شد و انتقال داده شد به بیمارستان .. نبود نت = فالو اب						نام مرکز درمانی امام حسین (ع)			
									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

۱۸ تیر ۹۹ (۸ ژوئیه ۲۰۲۰)