



(سری پنجم اسناد)

**اسناد ابتلاء زندانیان در فشافویه و اوین به کرونا و ابتلاء یک نگهبان در اوین  
سند جنایت ولی فقیه خامنه‌ای و سردرّخیم قضائیه آخوند رئیسی علیه بشریت  
فراخوان به جامعه بین‌المللی برای وادار کردن رژیم به آزادی زندانیان**

**رئیس جمهور برگزیده مقاومت خانم مریم رجوی در اسفند ۹۸ با دریافت نخستین خبرها از زندانهای رژیم اعلام کرد:  
به خاطر شرایط غیر انسانی زندانهای حکومت آخوندها زندانیان و به ویژه زندانیان سیاسی  
باید فوراً بدون هیچگونه وثیقه و قید و شرط آزاد شوند والا فاجعه کرونا در زندانهای رژیم امان نخواهد داد**

سند شماره ۱- سازمان اورژانس کشور، استان تهران، اورژانس تهران، تاریخ مأموریت ۲۴ اسفند ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۳۱۰۳، نام و نام خانوادگی امیر حسین مرادی، ۳۶ ساله، جاده قم-حسن آباد، فشافویه، ندامتگاه تهران بزرگ، داخل بهداری تیپ ۵، علائم: تب و لرز، تشخیص اولیه بیماری: تنفسی، به اورژانس و از آنجا به بیمارستان خمینی منتقل شد: «بیمار با کرونای مثبت و مشکلات پوستی، a.b.c، با چک ۰۲ گرفتن علائم حیاتی و پذیرش پایش و به بیمارستان منتقل گردید. بعلت کرونا سرباز ندادند ولی اورژانس را از کرونا مثبت مطلع نکردند بدون تجهیزات ایمنی بر بالین بیمار حاضر شدیم».



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/12/24

شماره سریال پرونده : X7541732

کد آمبولانس : 3103

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی: <b>میر حسین مرادی</b>		ملیت: <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی		جنس: <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص		شکایت اصلی بیمار: <b>CC</b>		شماره پرونده: X7541732	
حودسین: <b>36</b> سال		ماه: <b>0</b>		کد ملی: <b>0</b>		آدرس محل فوریت: <b>منطقه 5 / نرسنگاه 33 / جاده چرم شهر / نرسنگاه تهران بزرگ / داخل به داری نیب 5 / فنا</b>		تلفن شخصی: <b>*****</b>	
تلفن شخصی: <b>*****</b>		تلفن پشتیبانی: <b>*****</b>		کد پرسنل آمبولانس: <b>610070</b>		کیلومتر آمبولانس: <b>*****</b>		ثبت زمان	
دریافت مأموریت: <b>*****</b>		رسیدن به مرکز درمانی: <b>15:27:42</b>		کد تکمیلین ارشد: <b>610070</b>		کیلومتر حرکت: <b>*****</b>		حرکت از پلیگاه: <b>*****</b>	
حرکت از پلیگاه: <b>*****</b>		تحويل به مرکز درمانی: <b>-</b>		کد تکمیلین 1: <b>310141</b>		کیلومتر پایان مأموریت: <b>*****</b>		رسیدن به محل فوریت: <b>*****</b>	
رسیدن به محل فوریت: <b>*****</b>		پایان مأموریت: <b>*****</b>		کد تکمیلین 2: <b>0</b>		کیلومتر رسیدن به پلیگاه: <b>*****</b>		حرکت از محل فوریت: <b>*****</b>	
حرکت از محل فوریت: <b>*****</b>		رسیدن به پلیگاه: <b>*****</b>		راشده امدادگر: <b>-</b>		کیلومتر سوختگیری: <b>*****</b>			
نوع محل فوریت			علائم همراه				تشخیص اولیه بیماری		
<input type="checkbox"/> مسکونی	<input type="checkbox"/> آموزشی	<input type="checkbox"/> تنگی نفس	<input type="checkbox"/> دوپینگی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> غلغلی	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> ضرب و جرح	<input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: <b>-</b>	<input type="checkbox"/> سایر: <b>-</b>
<input type="checkbox"/> صنعتی	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی	<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> درهشکمی	<input checked="" type="checkbox"/> تنفسی	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> هیستریک	<input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: <b>-</b>	<input type="checkbox"/> سایر: <b>-</b>
<input type="checkbox"/> اماکن ورزشی و تفریحی	<input checked="" type="checkbox"/> آثاری	<input type="checkbox"/> تعریق	<input type="checkbox"/> بیهووشی گذرا	<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی	<input type="checkbox"/> درد شکمی	<input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: <b>-</b>	<input type="checkbox"/> سایر: <b>-</b>
<input type="checkbox"/> معبر ترافیکی آزاد راه	<input type="checkbox"/> بزرگراه	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input checked="" type="checkbox"/> تب و لرز	<input type="checkbox"/> سبها	<input type="checkbox"/> سکنه مغزی	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> زوال کولیک	<input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: <b>-</b>	<input type="checkbox"/> سایر: <b>-</b>
<input type="checkbox"/> راه اصلی	<input type="checkbox"/> راه فرعی	<input type="checkbox"/> فراموشی بعد از ضربه	<input type="checkbox"/> سردرد	<input checked="" type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> کاهش فشار	<input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی	<input type="checkbox"/> زایمان	<input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: <b>-</b>	<input type="checkbox"/> سایر: <b>-</b>
<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"/> اختلال روانی	<input type="checkbox"/> اختلال روانی	<input type="checkbox"/> اختلال روانی	<input type="checkbox"/> سقط	<input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: <b>-</b>	<input type="checkbox"/> سایر: <b>-</b>
سایر با ذکر نام: <b>-</b>									
علل حوادث									
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل				
<input type="checkbox"/> وضعیت صفرم	<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه	<input type="checkbox"/> عرق شدگی در آب	<input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی	<input type="checkbox"/> کشتوت	<input type="checkbox"/> عجز	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> هوایی	<input type="checkbox"/> خودکشی	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی
<input type="checkbox"/> براننده	<input type="checkbox"/> خودرو سبک	<input type="checkbox"/> گرمای زدگی	<input type="checkbox"/> حیوان گردگی	<input type="checkbox"/> سرملوردگی	<input type="checkbox"/> سراننده	<input type="checkbox"/> خودرو سنگین	<input type="checkbox"/> دریایی	<input type="checkbox"/> گرمای زدگی	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی
<input type="checkbox"/> سرنشین	<input type="checkbox"/> خودرو سنگین	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> شیمیایی	<input type="checkbox"/> مایعات داغ	<input type="checkbox"/> لکتزیک	<input type="checkbox"/> سرنشین	<input type="checkbox"/> زمینی	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> شیمیایی
<input type="checkbox"/> ناشخص	<input type="checkbox"/> موتور	<input type="checkbox"/> سمومیت	<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> دارو	<input type="checkbox"/> مواد مخدر	<input type="checkbox"/> سموم	<input type="checkbox"/> سطح زمین	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> شیمیایی
<input type="checkbox"/> سایر:	<input type="checkbox"/> دوچرخه	<input type="checkbox"/> سقوط	<input type="checkbox"/> همتراز	<input type="checkbox"/> غیر همتراز	<input type="checkbox"/> برخورد با نیروی مکنیکی	<input type="checkbox"/> بیجان	<input type="checkbox"/> زیر زمینی	<input type="checkbox"/> سقوط	<input type="checkbox"/> همتراز
<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> تروما در اثر یکپندان	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/12/24

شماره سریال پرونده : X7541732

کد آمبولانس : 3103

نتیجه مأموریت	شماره 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 34185 هستورات : =====	-	-	-	-	<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 checked="" type="checkbox"/> سرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت پشتیبان		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> باسمن 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 هکسه سیئه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input checked="" 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 تکمیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون نقرات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشوره لایم	<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 تکمیسین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل احضا و اثر انگشت شاهد			محل احضا و اثر انگشت ارشد			محل احضا و اثر انگشت			
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی			
			بیمار با کرونا مثبت و مشکلات پوستی a.b.c با جک o2 گرفتن اعزام حیاتی و پذیرش بلیش وبه بیمارستان منتقل گردید معدت کرونا سریز نداده وای اورژانس را از کرونا مثبت مطلع نکرد بدون تجهیزات ایمنی بر بالین بیمار حاضر شدیم			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- سازمان اورژانس کشور، استان تهران، اورژانس تهران، تاریخ مأموریت ۱۹ فروردین ۱۳۹۹، کد آمبولانس ۲۳۳۳، نام و نام خانوادگی مسلم کریمی ۳۲ ساله از منطقه ۲، زندان اوین با علائم تب و لرز و سردرد، کرونا به بیمارستان طالقانی منتقل شد: « بیمار بدون سابقه در حال حاضراحساس تنگی نفس همراه با سرفه و بدن درد دارد. علائم حیاتی چک شد. معاینات انجام شد. جهت ادامه درمان تحویل بیمارستان شدند».



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1399/1/19

شماره سریال پرونده: X7770710

کد آمبولانس: 2333

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی: مسلم کریمی		ملیت: <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی		جنس: <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص		شکلیت اصلی بیمار: CC			
حدود سن: 32 سال		ماه: 0		کد ملی: 0					
آدرس محل فوریت: منطقه 2 / اتوبان یادگار امام / زندان اوین / اقا		تلفن اصلی: *****		تلفن پشتیبانی: *****					
ثابت زمان			کد پرسنل آمبولانس			کیلومتر آمبولانس			کیلو متر حرکت
دریافت مأموریت: *****		رسیدن به مرکز درمانی: 15:01:29		کد تکبیسین ارشد: 350055		کیلومتر رسیدن به محل فوریت: *****			
حرکت از پلیگاه: *****		تحویل به مرکز درمانی: -		کد تکبیسین 1: 120148		کیلومتر پایان مأموریت: *****			
رسیدن به محل فوریت: *****		پایان مأموریت: *****		کد تکبیسین 2: 0		رسیدن به پلیگاه: *****			
حرکت از محل فوریت: *****		رسیدن به پلیگاه: *****		راقدده امدادگر: -		کیلومتر سوختگیری: *****			
نوع محل فوریت			علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری			
<input type="checkbox"/> مسکونی		<input type="checkbox"/> آموزشی		<input type="checkbox"/> تنگی نفس		<input type="checkbox"/> خستگی		<input type="checkbox"/> تب و لرز	
<input type="checkbox"/> صنعتی		<input type="checkbox"/> مراکز درمانی		<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری		<input type="checkbox"/> تاری دید		<input type="checkbox"/> سرگیجه	
<input type="checkbox"/> اماکن ورزشی و تفریحی		<input type="checkbox"/> تفریح		<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ		<input type="checkbox"/> بیهووشی گذرا		<input type="checkbox"/> راه فرعی	
<input type="checkbox"/> معبر ترافیکی آزاد راه		<input type="checkbox"/> بزرگراه		<input checked="" type="checkbox"/> تب و لرز		<input type="checkbox"/> سعال		<input type="checkbox"/> راه روستایی	
<input type="checkbox"/> راه اصلی		<input type="checkbox"/> فراموشی بعد از ضربه		<input checked="" type="checkbox"/> سردرد		<input type="checkbox"/> کوفتگی		<input type="checkbox"/> راه روستایی	
<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"/> راه روستایی	
سایر با ذکر نام: زمان			سایر با ذکر نام: -			سایر: کرونا			
علل حوادث									
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
<input type="checkbox"/> وضعیت صنوم		<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه		<input type="checkbox"/> عرق شدگی در آب		<input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی		<input type="checkbox"/> کشتوت	
<input type="checkbox"/> سایر		<input type="checkbox"/> چاده ای		<input type="checkbox"/> خودکشی		<input type="checkbox"/> برق گرفتگی		<input type="checkbox"/> سرملگردگی	
<input type="checkbox"/> راننده		<input type="checkbox"/> خودرو سبک		<input type="checkbox"/> گرما زدگی		<input type="checkbox"/> حیوان گردگی		<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"/> نامشخص		<input type="checkbox"/> موتور		<input type="checkbox"/> مسمومیت		<input type="checkbox"/> CO		<input type="checkbox"/> دارو	
<input type="checkbox"/> سایر:		<input type="checkbox"/> دوچرخه		<input type="checkbox"/> سقوط		<input type="checkbox"/> همتراز		<input type="checkbox"/> غیر همتراز	
<input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> سایر		<input type="checkbox"/> تروما در اثر یخبندان		<input type="checkbox"/> بر خورد با نیروی مکانیکی بیجان		<input type="checkbox"/> سایر	



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1399/11/19

شماره سریال پرونده: X7770710

کد آمبولانس: 2333

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 30402 هستورات : =====	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> مالفیتورینگ	<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"/> سروح حال و معینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت لشتنا		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> باسمن و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملساز فکسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> فیکس سروگر دن	<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 type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکبیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس ستون فقرات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی									
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی									
برگشت نامه									
شماره برگشت نامه					اینجانب خدمت/ آقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکبیسین 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			
		بیمار بدون سابقه در حال حاضر احساس تنگی نفس همراه با <u>سرفه</u> و <u>بدن درد</u> دارد علامت حیاتی چک شد معیبات انجام شد جهت ادامه درمان تحویل بیمارستان شهید .				نام مرکز درمانی تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی مرکز درمانی تلفنی			
						نام پزشک تحویل گیرنده			
						کد پزشک تحویل گیرنده			
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			





سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1399/1/21

شماره سریال پرونده: X7789512

کد آمبولانس: 2333

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	34428 هستورات : =====	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> مالفیتورینگ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> نروخ حال و معینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت پشتیبان		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بسمان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملساز هسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی										
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی										
برگشت نامه										
شماره برگشت نامه					اینجانب خدمت/اقای					
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی 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				
		<p>مددجو تحویلی از درمانگاه زندان اوین طبق گزارش پرستار دیسپشه و چست بین داشته. در حال حاضر پس از معینه احساس ضعف و بیحالی دیسپشه تب مطرح میکند. اقدامات اولیه انجام علامت چک و چارت شد. مریضها نرمال و رهاکس فور طبیعی کاملا هوشیار منتقل کد و تحویل بیمارستان گردید. کد در حال انتظار ثبت ترافیک مسیر.</p>				نام مرکز درمانی		طاققنی		
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی				
						نام پزشک تحویل گیرنده				
						کد پزشک تحویل گیرنده				
						تحویل بدون رضایت <input type="checkbox"/>				

سند شماره ۴- سازمان اورژانس کشور، استان تهران، اورژانس تهران، تاریخ مأموریت ۲۷ اسفند ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۵۳۸۴، نام بیمار میلاد حسامی زاد سهرابی ۲۴ ساله سرباز از زندان اوین، درب اصلی با علائم تب و لرز، ضعف و بیحالی به بیمارستان حضرت رسول منتقل شد: « آقا ۲۴ ساله، سرباز زندان، با شکایت تب و سرفه داشته. علائم حیاتی بیمار چک گردید. اقدامات اولیه انجام گردید و جهت بررسی بیشتر به مرکز درمانی منتقل گردید».



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/12/27

شماره سریال پرونده: X7571937

کد آمبولانس: 5384

مشخصات عمومی بیمار											
نام و نام خانوادگی		میلاد حسامی زانسهرابی		ملیت		ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		جنس:		شکایت اصلی بیمار CC	
حدود سن		24 سال		کد ملی		0		ماه		0	
آدرس محل فوریت		اتوبان یادگار امام / زیر پل / زندان اوین / درب اصلی / سرباز		تلفن اصلی		*****		تلفن پشتیبانی		*****	
کیلومتر آمبولانس			کد پرسنل آمبولانس			ثابت			زمن		
کیلومتر حرکت			340025			کد تکمیلین ارشد			07:33:17		
کیلومتر رسیدن به محل فوریت			350687			کد تکمیلین 1			-		
کیلومتر پایان مأموریت			0			کد تکمیلین 2			*****		
رسیدن به پایگاه			-			راشده امدادگر			*****		
کیلومتر سوختگیری			-			*****			*****		
تشخیص اولیه بیماری				علائم همواره				نوع محل فوریت			
<input type="checkbox"/> ضرب و جرح <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/> خونی <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> آموشی <input type="checkbox"/> مسکونی				<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> درشکمی <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری <input type="checkbox"/> مراکز درمفی <input type="checkbox"/> صفتی				<input type="checkbox"/> آلودگی <input type="checkbox"/> تب و لرز <input checked="" type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> بیهوشی گذرا <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input checked="" type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/> تعریق <input type="checkbox"/> آزاری <input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: زندان			
<input type="checkbox"/> درد شکمی <input type="checkbox"/> کلهش هوشیاری <input type="checkbox"/> کلهش مغزی <input type="checkbox"/> سکتة مغزی <input type="checkbox"/> سعال <input checked="" type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> بیهوشی بعد از ضربه <input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه روسپایی				<input type="checkbox"/> کلهش هوشیاری <input type="checkbox"/> کلهش فشار <input type="checkbox"/> کلهش مغزی <input type="checkbox"/> کلهش فشار <input type="checkbox"/> کلهش مغزی <input type="checkbox"/> کلهش فشار <input type="checkbox"/> کلهش مغزی <input type="checkbox"/> کلهش فشار <input type="checkbox"/> کلهش مغزی				<input type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه روسپایی <input type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه روسپایی <input type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه روسپایی			
سایر با ذکر نام: زندان				سایر با ذکر نام: -				سایر با ذکر نام: -			
علل حوادث											
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل						حوادث مرتبط با حمل و نقل					
<input type="checkbox"/> کشونت <input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی <input type="checkbox"/> برق گرفتگی <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب						<input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب					
<input type="checkbox"/> سرملوردگی <input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان <input type="checkbox"/> لکتاریکی <input type="checkbox"/> حریق <input type="checkbox"/> سایر						<input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب					
<input type="checkbox"/> مواد مخدر <input type="checkbox"/> سموم <input type="checkbox"/> لکل <input type="checkbox"/> سایر						<input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب					
<input type="checkbox"/> برهورد با نیروی مکانیکی بیجان <input type="checkbox"/> غیر همتراز <input type="checkbox"/> همتراز <input type="checkbox"/> سقوط <input type="checkbox"/> سایر						<input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب					
<input type="checkbox"/> سایر						<input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب					





سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مهوریت : 1398/12/27

شماره سریال پرونده : X7571937

کد آمبولانس : 5384

نتیجه مهوریت	شماره 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	30412	کد پزشکی هستورات : =====	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مفلتورینگ	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی			-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> سرخ حال و معینه	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مهوریت کاذب / مهوریت اشتباه			-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/> باسمن و منترن خونریزی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار			-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا			-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/> ملساز هکسه سیئه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل			-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر			-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین			-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون نقرات	<input checked="" type="checkbox"/> مشوره لارم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا			-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار			-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی										
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی										
برانت نامه										
شماره برانت نامه					ایمپل خدمت / آقای					
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل اعضا و اثر انگشت شاهد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت				
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مهوریت				مرکز درمانی				
		اقا 24 سله سرباز زندان با شکایت تب و سرفه داشته علائم حیاتی بیمارچک گردید اقدامات اولیه انجام گردید و جهت بررسی بیشتر به مرکز درمانی منتقل گردید				نام مرکز درمانی حضرت رسول تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 09:40 نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان حضرت رسول کد پزشکی تحویل گیرنده 10004 <input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت				

این اسناد که شمه‌ای از موارد ابتلاء زندانیان به کرونا و ابتلاء در زندانهای ولایت فقیه است، سند آشکار جنایت خامنه‌ای و آخوند رئیسی سردرّخیم قضائیه ولایت فقیه علیه بشریت است که از آزادی زندانیان ممانعت می‌کنند و فریاد اعتراض آنان را با گلوله پاسخ می‌دهند. تاکنون بسیاری از زندانیان در تهران و شهرستانها به کرونا مبتلا شده و شماری از آنها جان باخته‌اند. در شرایطی که در زندانهای رژیم، کمترین امکانات بهداشتی و درمانی وجود ندارد و زندانها چند برابر ظرفیت خود زندانی دارند، زندانیان در زندانهای مختلف دست به اعتراض و شورش زدند و تاکنون دهها تن از آنها به شهادت رسیده‌اند.

طبق اطلاعیه ۲۱ اسفند ۹۸ دبیرخانه شورای ملی مقاومت ایران، خانم مریم رجوی با دریافت نخستین خبرها از زندانهای رژیم، تأکید کرد: «به خاطر شرایط غیر انسانی زندانهای حکومت آخوندها، زندانیان و به ویژه زندانیان سیاسی باید فوراً و بدون هیچگونه وثیقه و قید و شرط آزاد شوند والا فاجعه کرونا در زندانهای رژیم امان نخواهد داد». رئیس جمهور برگزیده مقاومت مکرراً برای ممانعت از وقوع یک فاجعه بزرگ انسانی و وادار کردن رژیم به آزادی زندانیان به جامعه بین‌المللی فراخوان داده است.

### شورای ملی مقاومت ایران

کمیسیون امنیت و ضد تروریسم

۲۳ فروردین ۱۳۹۹ (۱۱ آوریل ۲۰۲۰)