



National Council of Resistance of Iran

Security and Anti-terrorism Committee

شورای ملی مقاومت ایران

کمیسیون امنیت و ضد ترور بسم

دروغگویی وقیحانه رئیس جمهور آخوندها

روحانی ادعا کرد: «ما ۳۰ بهمن فهمیدیم که کرونا آمده... و بعد هم به مردم اعلام شد ما یک روز تاخیر نکردیم!»
اسناد سازمان اورژانس نشان می‌دهد در ۱۵ بهمن علاوه بر رقم شمار قابل توجهی در تهران بستری بودند
برخی مبتلایان به بیمارستان های خمینی ، یافت آباد و مسیح دانشوری منتقل شدند

سند شماره ۱- سازمان اورژانس کشور ، تاریخ مأموریت ۱۴ بهمن ۱۳۹۸ ، کد آمبولانس ۵۱۵۳ ، نام و نام خانوادگی بیمار امیرسهرابی نژاد، شبه کرونا ، روز ۱۴ بهمن از منطقه وردآورد کوچه قاسمعلی یوسفی به اورژانس منتقل شد و پس از اقدامات اولیه به بیمارستان خمینی و در آنجا بستری گردید: «بیمار آقا ۳۰ ساله با تب و لرز و احتمال ویروس کرونا با اقدامات حفاظتی انتقال داده شد به علت پوشیدن تجهیزات حفاظت فردی و با اعلام به ۸۰۰ و سرپرست شیفت زمان رسیدن طولانی شد».



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

تاریخ ماموریت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۴

ماره سریال پرونده: ۷۱۷۶۵۳۳

کد آمبولانس: ۵۱۵۳

مشخصات عمومی بیمار									
شکایات اصلی بیمار CC		جنس:	ملیت ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		نام و نام خانوادگی: امیر سهرابی نژاد				
*****		مونث <input type="checkbox"/>	کد ملی	ماه	سال	سال	۳۰	حدود سن	
*****		مذکر <input checked="" type="checkbox"/>	۰	۰	۰	۰	۰	آدرس محل فوریت	شبه کرونا
*****		نا مشخص <input type="checkbox"/>	تلفن پشتیبانی		تلفن اصلی				
*****		کد پرسنل آمبولانس		ثابت زمان			کیلومتر آمبولانس		
*****		کیلومتر حرکت		دریافت ماموریت			*****		
*****		کیلومتر رسیدن به محل فوریت		حرکت از پایگاه			*****		
*****		کیلومتر پایان ماموریت		رسیدن به محل فوریت			*****		
*****		رسیدن به پایگاه		حرکت از محل فوریت			*****		
*****		کیلومتر سوختگیری		رسیدن به پایگاه			*****		
*****		-		راندنده امدادگر			*****		
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه				نوع محل فوریت		
ضرب و جرح <input type="checkbox"/>			ضعف و بیحالی <input checked="" type="checkbox"/>				مسکونی <input checked="" type="checkbox"/>		
تشنج <input type="checkbox"/>			درد شکمی <input type="checkbox"/>				آموزشی <input type="checkbox"/>		
افزایش فشار خون <input type="checkbox"/>			تاری دید <input type="checkbox"/>				مراکز درمانی <input type="checkbox"/>		
هیستریک <input type="checkbox"/>			تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/>				تعمیراتی <input type="checkbox"/>		
درد شکمی <input type="checkbox"/>			بیهوشی گذرا <input type="checkbox"/>				داری <input type="checkbox"/>		
هایپرگلیسمی <input type="checkbox"/>			تب و لرز <input type="checkbox"/>				تفریحی و تفریحی <input type="checkbox"/>		
کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/>			اسهال <input checked="" type="checkbox"/>				بزرگراه <input type="checkbox"/>		
رنال کولیک <input type="checkbox"/>			سرخچیه <input type="checkbox"/>				معبّر ترافیکی آزاد راه <input type="checkbox"/>		
زایمان <input type="checkbox"/>			سر درد <input type="checkbox"/>				راه اصلی <input type="checkbox"/>		
هایپرگلیسمی <input type="checkbox"/>			فراموشی بعد از ضربه <input type="checkbox"/>				راه فرعی <input type="checkbox"/>		
تصادفات <input type="checkbox"/>			اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/>				راه روستایی <input type="checkbox"/>		
سقوط <input type="checkbox"/>			اختلال حسی و حرکتی <input type="checkbox"/>				سایر با ذکر نام: -		
سایر: تب و لرز			سایر با ذکر نام: -				سایر با ذکر نام: -		
علل حوادث									
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
خشونت <input type="checkbox"/>					وسيله نقلیه <input type="checkbox"/>				
انسداد راه هوایی <input type="checkbox"/>					وضعیت مصدوم <input type="checkbox"/>				
برق گرفتگی <input type="checkbox"/>					عابر <input type="checkbox"/>				
سرمایه خوردگی <input type="checkbox"/>					جاده ای <input type="checkbox"/>				
گزش حشرات، خزندگان <input type="checkbox"/>					خودرو سبک <input type="checkbox"/>				
حیوان گزیدگی <input type="checkbox"/>					خودرو سنگین <input type="checkbox"/>				
سختی جسم داغ <input type="checkbox"/>					سرنشین <input type="checkbox"/>				
شیمیایی <input type="checkbox"/>					نامشخص <input type="checkbox"/>				
مایعات داغ <input type="checkbox"/>					سایر: <input type="checkbox"/>				
الکتریکی <input type="checkbox"/>					سقوط <input type="checkbox"/>				
حریق <input type="checkbox"/>					زیر زمینی <input type="checkbox"/>				
سایر <input type="checkbox"/>					دوچرخه <input type="checkbox"/>				
مواد مخدر <input type="checkbox"/>					سایر <input type="checkbox"/>				
سموم <input type="checkbox"/>					تروما در اثر یخبندان <input type="checkbox"/>				
الکل <input type="checkbox"/>					سایر <input type="checkbox"/>				
برخورد با نیروی مکانیکی بیجان <input type="checkbox"/>					سایر <input type="checkbox"/>				
سایر <input type="checkbox"/>					سایر <input type="checkbox"/>				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

تاریخ ماموریت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۴

حاره سریال پرونده: ۷۱۷۶۵۳۳ □

کد آمبولانس: ۵۱۵۳

نتیجه ماموریت	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"/> مانتورینگ	<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"/> ماموریت کاذب / ماموریت اشتباه	دستورات:	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پانسمان 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 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 سرگردن	<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 تکنیسین		-	-	-	-	<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		-	-	-	-				
برائت نامه									
شماره برائت نامه					اینجناب خانم/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			
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات ماموریت			مرکز درمانی			
			بیمار آقا ۳۰ ساله با تب ولرز و احتمال ویروس کرونا با اقدامات حفاظتی بیمار ۱۰ ۵۱۵۷۵۱۵ انتقال داده شد به علت پوشیدن تجهیزات حفاظت فردی با اعلام به ۸۰۰ و سر پرست شیفت زمان رسیدن طولانی شد			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، تاریخ ماموریت ۱۴ بهمن ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۵۱۳۵، مهدی امیدبخش ۲۳ ساله، شبه کرونا، روز ۱۴ بهمن از خیابان قزوین تهران به اورژانس منتقل و بخاطر ابتلا به «شبه کرونا» به بیمارستان خمینی تحویل داده شده است: «بیمار با شکایت تنگی نفس و تب و لرز و درد عضلات تماس گرفته است هوشیار است اما درد عضلات و تنگی نفس اظهار میکند شدید است».



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

تاریخ ماموریت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۴

حاره سریال پرونده: ۷۱۷۱۶۶۱

کد آمبولانس: ۵۱۲۵

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی: مهدی امید بخش		ملیت: ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		جنس: <input type="checkbox"/> مونث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نا مشخص <input type="checkbox"/>		شکایت اصلی بیمار: CC *****		شکایت اصلی بیمار: CC *****	
حدود سن: ۲۳ سال		ماه: ۰		کد ملی: ۰		آدرس محل فوریت: نته کرنا/ منطقه ۱۰/ خیابان فروین/ سبحانی ۱۶ متری امیری/ کرجی ۱۰ پ ۲ / ۲ / موتورلانس/ آمبولانس ۱۰۳۳/۰۰۰۰۰۰۰۰		تلفن اصلی: *****	
تلفن پشتیبانی: *****		تلفن پستی: *****		تلفن اصلی: *****		تلفن اصلی: *****		تلفن اصلی: *****	
ثابت زمان			کد پرسنل آمبولانس			کیلومتر آمبولانس			شکایت اصلی بیمار
دریافت ماموریت: *****			کد تکنیسین ارشد: ۱۱۰۰۴۵			کیلومتر حرکت: *****			شکایت اصلی بیمار: *****
رسیدن به مرکز درمانی: ۱۳:۳۰:۲۲			کد تکنیسین ۱: ۱۲۰۰۷۹			کیلومتر رسیدن به محل فوریت: *****			شکایت اصلی بیمار: *****
تحويل به مرکز درمانی: -			کد تکنیسین ۲: ۰			کیلومتر پایان ماموریت: *****			شکایت اصلی بیمار: *****
پایان ماموریت: *****			راندنده امدادگر: -			کیلومتر سوختگیری: *****			شکایت اصلی بیمار: *****
رسیدن به پایگاه: *****			راندنده امدادگر: -			کیلومتر سوختگیری: *****			شکایت اصلی بیمار: *****
نوع محل فوریت			علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری			شکایت اصلی بیمار
مسکونی <input checked="" type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/>			ضعف و بیحالی <input checked="" type="checkbox"/> قلبی <input type="checkbox"/>			تشنج <input type="checkbox"/> ضرب و جرح <input type="checkbox"/>			شکایت اصلی بیمار: *****
صنعتی <input type="checkbox"/> مراکز درمانی <input type="checkbox"/>			درد قفسه صدری <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/>			افزایش فشار خون <input type="checkbox"/> هیستریک <input type="checkbox"/>			شکایت اصلی بیمار: *****
اماکن ورزشی و تفریحی <input type="checkbox"/> داری <input type="checkbox"/>			بیهوشی گذرا <input checked="" type="checkbox"/>			درد شکمی <input type="checkbox"/> هایپرگلیسمی <input type="checkbox"/>			شکایت اصلی بیمار: *****
معابر ترافیکی آزاد راه <input type="checkbox"/> بزرگراه <input type="checkbox"/>			سرگیجه <input checked="" type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/>			کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> رنال کولیک <input type="checkbox"/>			شکایت اصلی بیمار: *****
راه اصلی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/>			فراموشی بعد از ضربه <input type="checkbox"/> سر درد <input checked="" type="checkbox"/>			کاهش فشار <input type="checkbox"/> هایپرگلیسمی <input type="checkbox"/>			شکایت اصلی بیمار: *****
راه روستایی <input type="checkbox"/>			اختلال حسی و حرکتی <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/>			اختلال روانی <input type="checkbox"/> تصادفات <input type="checkbox"/>			شکایت اصلی بیمار: *****
سایر با ذکر نام: -			سایر با ذکر نام: -			سایر: تب و لرز			شکایت اصلی بیمار: *****
علل حوادث									
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل				
وضعیت مصدوم <input type="checkbox"/>		وسيله نقلیه <input type="checkbox"/>		غرق شدگی در آب <input type="checkbox"/>		انسداد راه هوایی <input type="checkbox"/>		خشونت <input type="checkbox"/>	
غایر <input type="checkbox"/>		جاده ای <input type="checkbox"/>		خودکشی <input type="checkbox"/>		برق گرفتگی <input type="checkbox"/>		سرماخوردگی <input type="checkbox"/>	
راننده <input type="checkbox"/>		خودرو سبک <input type="checkbox"/>		گرما زدگی <input type="checkbox"/>		حیوان گزیدگی <input type="checkbox"/>		گزش حشرات، خزندگان <input type="checkbox"/>	
سرنشین <input type="checkbox"/>		خودرو سنگین <input type="checkbox"/>		سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/>		شیمیایی <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"/>		دوچرخه <input type="checkbox"/>		سقوط <input type="checkbox"/>		همنتراز <input type="checkbox"/>		غیر همنتراز <input type="checkbox"/>	
- <input type="checkbox"/>		سایر <input type="checkbox"/>		تروما در اثر یخبندان <input type="checkbox"/>		برخورد با نیروی مکانیکی بیجان <input type="checkbox"/>		سایر <input type="checkbox"/>	



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

تاریخ چاپ: ۱۳۹۹/۱/۲

ساعت چاپ: ۲۰:۵۶

تاریخ ماموریت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۴

حاره سریال پرونده: ۷۱۷۱۶۶۱

کد آمبولانس: ۵۱۳۵

نتیجه ماموریت	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	-	-	-	-	-	<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"/> ماموریت کاذب / ماموریت اشتباه	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	دستورات:	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ امضا	*****	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین	-	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> استقرار	-	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
برائت نامه										
اینجناب خانم/آقای شماره برائت نامه -										
علت عدم پذیرش			نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد				نام و نام خانوادگی شاهد			
محل امضا و اثر انگشت			محل امضا و اثر انگشت ارشد				محل امضا و اثر انگشت شاهد			
مرکز درمانی			توضیحات و ملاحظات ماموریت				اقدام مصرفی			
نام مرکز درمانی امام خمینی			بیمار با شکایت تنگی نفس و تب و لرز و درد عضلات تماس گرفته است. هوشیار است اما درد عضلات و تنگی نفس اظهار میکند شدید است. بلافاصله اقدامات درمانی به همراه تجهیزات ات فردی صورت گرفت و به بیمارستان منتقل شد.				تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی			
-							نام پزشک تحویل گیرنده			
-							کد پزشک تحویل گیرنده			
-							تحویل بدون رضایت <input type="checkbox"/>			
-										

سند شماره ۳- سازمان اورژانس کشور ، تاریخ ماموریت ۱۴ بهمن ۱۳۹۸ ، کد آمبولانس ۹۰۲۳ ، میرعلی میرنژاد ۳۷ ساله، شبه کرونا ، روز ۱۴ بهمن از شهرک واوان اسلام شهر به اورژانس منتقل و از آنجا به بیمارستان یافت آباد تحویل گردید: «پس از چک کردن علائم و انجام اقدامات لازم واکسیژن تراپی به مرکز درمانی شهدای یافت آباد منتقل شد و مشکوک به کرونا می باشد».



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

تاریخ ماموریت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۴

حاره سریال پرونده: ۷۱۷۶۶۱۲

کد آمبولانس: ۹۰۲۳

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی	میرعلی میرزاد			ملیت	ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		جنس:	شکایت اصلی بیمار CC	
حدود سن	سال	۳۷	ماه	۰	کد ملی	۰	مونث <input type="checkbox"/>	*****	
آدرس محل فوریت	شهرک واوان // بلوار گلها // مجتمع عمران اکباتان // بلوک ۵ // ورودی ۲ // واحد ۴۷ // آمبولانس // مروتولانس //			مذکر <input checked="" type="checkbox"/>					
تلفن اصلی	*****			تلفن پشتیبانی	*****				
ثابت زمان			کد پرسنل آمبولانس			کیلومتر آمبولانس			
دریافت ماموریت	*****	رسیدن به مرکز درمانی	۰۰:۳۱:۵۸	کد تکنیسین ارشد	۳۵۱۰۶۴	کیلومتر حرکت	*****		
حرکت از پایگاه	*****	تحویل به مرکز درمانی	۰۰:۴۴:۲۰	کد تکنیسین ۱	۳۲۰۰۷۲	کیلومتر رسیدن به محل فوریت	*****		
رسیدن به محل فوریت	*****	پایان ماموریت	*****	کد تکنیسین ۲	۰	رسیدن به پایگاه	*****		
حرکت از محل فوریت	*****	رسیدن به پایگاه	*****	راننده امدادگر	-	کیلومتر سوختگیری	*****		
نوع محل فوریت			علامت همراه			تشخیص اولیه بیماری			
مسکونی <input checked="" type="checkbox"/>	آموزشی <input type="checkbox"/>	تنگی نفس <input type="checkbox"/>	دوبینی <input type="checkbox"/>	ضعف و بیحالی <input checked="" type="checkbox"/>	تلبلی <input type="checkbox"/>	تشنج <input type="checkbox"/>	ضرب و جرح <input type="checkbox"/>		
صنعتی <input type="checkbox"/>	مراکز درمانی <input type="checkbox"/>	درد قفسه صدری <input type="checkbox"/>	تاری دید <input type="checkbox"/>	درد شکمی <input type="checkbox"/>	تنفسی <input type="checkbox"/>	افزایش فشار خون <input type="checkbox"/>	هیستریک <input type="checkbox"/>		
اماکن ورزشی و تفریحی <input type="checkbox"/>	داری <input type="checkbox"/>	تعریق <input type="checkbox"/>	بیهوشی گذرا <input type="checkbox"/>	تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/>	ضعف و بیحالی <input checked="" type="checkbox"/>	هایپوگلیسمی <input type="checkbox"/>	درد شکمی <input type="checkbox"/>		
معبّر ترافیکی آزاد راه <input type="checkbox"/>	بزرگراه <input type="checkbox"/>	سرگیجه <input type="checkbox"/>	تب و لرز <input checked="" type="checkbox"/>	اسهال <input type="checkbox"/>	سکته مغزی <input checked="" type="checkbox"/>	کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/>	رنال کولیک <input type="checkbox"/>		
راه اصلی <input type="checkbox"/>	راه فرعی <input type="checkbox"/>	فراموشی بعد از ضربه <input type="checkbox"/>	سر درد <input type="checkbox"/>	خونریزی <input checked="" type="checkbox"/>	کاهش فشار <input type="checkbox"/>	هایپرگلیسمی <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"/>	تصادفات <input type="checkbox"/>	سقط <input type="checkbox"/>			
سایر با ذکر نام: -			سایر با ذکر نام: -			سایر: -			
علل حوادث									
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل				
وضعیت مصدوم	وسيله نقلیه	غرق شدگی در آب	انسداد راه هوایی	خشونت					
عابر	جاده ای	خودکشی	برق گرفتگی	سرماخوردگی					
راننده	خودرو سبک	گرما زدگی	حیوان گزیدگی	گزش حشرات، خزندگان					
سرنشین	خودرو سنگین	سوختگی جسم داغ	شیمیایی	مایعات داغ	الکتریکی	حریق	سایر <input type="checkbox"/>		
نامشخص	موتور	سمومیت	CO	دارو	مواد مخدر	سموم	الکل <input type="checkbox"/>		
سایر:	دوچرخه	سقوط	همتراز	غیر همتراز	برخورد با نیروی مکانیکی بیجان <input type="checkbox"/>				
-	سایر	تروما در اثر یخبندان	سایر <input type="checkbox"/>						



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

تاریخ مأموریت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۴

شماره سریال پرونده: ۷۱۷۶۶۱۲

کد آمبولانس: ۹۰۲۳

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	۳۴۱۲۰ دستورات: *****	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مانتورینگ	<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 کاذب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بانسمان 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 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 checked="" type="checkbox"/> نیکس 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 تکنیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> نیکس 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		-	-	-	-				
برائت نامه									
شماره برائت نامه					اینجناب خانم/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			
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی			
			مورد آقای ۲۷ ساله بدون سابقه بیماری که دچار ضعف و بیحالی و سرگیجه و اسهال شده پس از چک کردن علائم و انجام اقدامات لازم و اکسیژن تراپی به مرکز درمانی شهدای یافت آباد منتقل شد و مشکوک به کرونا میباشد			نام مرکز درمانی شهدای یافت آباد			
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی			
						۲۰:۵۴			
						نام پزشک تحویل گیرنده			
			بیمارستان شهدای یافت آباد						
			کد پزشک تحویل گیرنده						
			۱۰۰۱۴						
			<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت						

سند شماره ۴- سازمان اورژانس کشور، تاریخ مأموریت ۱۵ بهمن ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۵۰۶۵، مهدی پرچی ۲۷ ساله، مشکوک به کرونا، روز ۱۵ بهمن از خیابان مرزداران با تب و لرز و تنگی نفس به اورژانس منتقل و سپس به بیمارستان خمینی تحویل داده شد: «با تب و لرز و تنگی نفس...».



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

تاریخ ماموریت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۵

حاره سریال پرونده: ۷۱۷۹۷۴۰

کد آمبولانس: ۵۰۶۵

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی		مهدی پرچی		ملیت		ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		جنس:	
حدود سن		سال ۲۷		ماه ۰		کد ملی ۰		مونث <input type="checkbox"/>	
آدرس محل فوریت		مشکوک به کرونا // منطقه ۵ / مرزداران / خیابان ۳۵ متری لاله / بوستان ۴ شرقی / پلاک ۳۰ واحد ۳ / آمبولانس / موتورلانس / ۵۱۸۶-۱۰۵۱		تلفن اصلی		تلفن پشتیبانی		مذکر <input checked="" type="checkbox"/>	
تلفن اصلی		*****		تلفن پشتیبانی		*****		نا مشخص <input type="checkbox"/>	
ثابت زمان			کد پرسنل آمبولانس			کیلومتر آمبولانس			
دریافت ماموریت	*****	رسیدن به مرکز درمانی	۱۳:۵۳:۰۱	کد تکنیسین ارشد	۷۳۰۲۰۳	کیلومتر حرکت *****			
حرکت از پایگاه	*****	تحویل به مرکز درمانی	۱۴:۰۱:۳۴	کد تکنیسین ۱	۳۲۰۰۱۸	کیلومتر رسیدن به محل فوریت *****			
رسیدن به محل فوریت	*****	پایان ماموریت	*****	کد تکنیسین ۲	۰	رسیدن به پایگاه *****			
حرکت از محل فوریت	*****	رسیدن به پایگاه	*****	راننده امدادگر	-	کیلومتر سوختگیری *****			
نوع محل فوریت			علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری			
مسکونی <input checked="" type="checkbox"/>	آموزشی <input type="checkbox"/>	تنگی نفس <input type="checkbox"/>	دوبینی <input checked="" type="checkbox"/>	ضعف و بیحالی <input checked="" type="checkbox"/>	قلبی <input type="checkbox"/>	تشنج <input type="checkbox"/>	ضرب و جرح <input type="checkbox"/>		
صنعتی <input type="checkbox"/>	مراکز درمانی <input type="checkbox"/>	درد قفسه صدری <input type="checkbox"/>	تاری دید <input type="checkbox"/>	درد شکمی <input type="checkbox"/>	تنفسی <input type="checkbox"/>	افزایش فشار خون <input type="checkbox"/>	هستریک <input type="checkbox"/>		
اماکن ورزشی و تفریحی <input type="checkbox"/>	داری <input type="checkbox"/>	تعریق <input type="checkbox"/>	بیهوشی گذرا <input type="checkbox"/>	تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/>	ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/>	هایپرگلیسمی <input type="checkbox"/>	درد شکمی <input type="checkbox"/>		
معبّر ترافیکی آزاد راه <input type="checkbox"/>	بزرگراه <input type="checkbox"/>	سرگیجه <input checked="" type="checkbox"/>	تب و لرز <input checked="" type="checkbox"/>	اسهال <input checked="" type="checkbox"/>	سکته مغزی <input type="checkbox"/>	کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/>	رنال کولیک <input type="checkbox"/>		
راه اصلی <input type="checkbox"/>	راه فرعی <input type="checkbox"/>	فراموشی بعد از ضربه <input type="checkbox"/>	سر درد <input type="checkbox"/>	خونریزی <input type="checkbox"/>	کاهش فشار <input type="checkbox"/>	هایپرگلیسمی <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 هوشیاری <input type="checkbox"/>	اختلال روانی <input type="checkbox"/>	تصادفات <input type="checkbox"/>	سقط <input type="checkbox"/>			
سایر با ذکر نام: -			سایر با ذکر نام: -			سایر: مشکوک به کرونا			
علل حوادث									
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل				
وضعیت مصدوم <input type="checkbox"/>	وسيله نقلیه <input type="checkbox"/>	غرق شدگی در آب <input type="checkbox"/>	انسداد راه هوایی <input type="checkbox"/>	نشونت <input type="checkbox"/>					
عابر <input type="checkbox"/>	جاده ای <input type="checkbox"/>	خودکشی <input type="checkbox"/>	برق گرفتگی <input type="checkbox"/>	سرماخوردگی <input type="checkbox"/>					
راننده <input type="checkbox"/>	خودرو سبک <input type="checkbox"/>	گرما زدگی <input type="checkbox"/>	حیوان گزیدگی <input type="checkbox"/>	گزش حشرات ، خزندگان <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"/>					
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"/>	سوم <input type="checkbox"/>	الکل <input type="checkbox"/>		
سایر: <input type="checkbox"/>	دوچرخه <input type="checkbox"/>	سقوط <input type="checkbox"/>	همنراز <input type="checkbox"/>	غیر همنراز <input type="checkbox"/>	برخورد با نیروی مکانیکی بیجان <input type="checkbox"/>				
- <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>	تروما در اثر یخبندان <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>						



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

تاریخ ماموریت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۵

حاره سریال پرونده: ۷۱۷۹۷۴۰

کد آمبولانس: ۵۰۶۵

نتیجه ماموریت	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"/> مانتورینگ	<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"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ماموریت کاذب / ماموریت اشتباه	دستورات:	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پانسمان 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 امضا		-	-	-	-	<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"/> 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 تکنیسین		-	-	-	-	<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		-	-	-	-				
پرونده نام									
شماره پرونده نام					اینجناب خانم/ 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			
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات ماموریت			مرکز درمانی			
			<p>آقا با مشخصات ذکر شده با تب و لرز و تنگی نفس با اورژانس تماس گرفتند بیمار از همکار موتورلانس تحویل گرفته شد و با هماهنگی پذیرش به مرکز درمانی منتقل شد.</p>			نام مرکز درمانی: امام خمینی			
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی:			
						نام پزشک تحویل گیرنده:			
						کد پزشک تحویل گیرنده:			
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			

سند شماره ۵- سازمان اورژانس کشور، تاریخ ماموریت ۱۵ بهمن ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۳۱۸۳، نعمت الله محمدی ۳۸ ساله، شبه کرونا، روز ۱۵ بهمن از فرودگاه خمینی به اورژانس و از آنجا به بیمارستان مسیح دانشور منتقل میشود: «پرسنل خدمات هواپیما، شاغل در فرودگاه امام که توسط پزشک بهداشت مرزی مستقر در فرودگاه ویزیت و برگه اعزام به علت مشکلات تنفسی و تب از چند روز پیش صادر کردند».



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

تاریخ ماموریت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۵

حاره سریال پرونده: ۷۱۷۷۴۴۰

کد آمبولانس: ۳۱۸۳

مشخصات عمومی بیمار									
شکایات اصلی بیمار CC *****		جنس:	ملیت ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		نام و نام خانوادگی: نعمت اله محمدی				
مونث <input type="checkbox"/>		کد ملی: ۰		ماه: ۰		سال: ۲۸		حدود سن: ۰	
مذکر <input checked="" type="checkbox"/>		تلفن پشتیبانی: *****		آدرس محل فوریت: شبه گزونا/ ***** /تهران تهران قم /نورده گام امام خمینی/اسان ورودی/هزیر به برقی/فوریت پزشکی/امبولانس/شبه گزونا/ ///		تلفن اصلی: *****		تلفن: *****	
نا مشخص <input type="checkbox"/>		کد پرسنل آمبولانس		ثبت زمان		کیلومتر آمبولانس			
کیلومتر حرکت *****		کد تکمیلین ارشد ۱۱۰۰۳۴		رسیدن به مرکز درمانی ۰۴:۴۵:۴۶		دریافت ماموریت *****			
کیلومتر رسیدن به محل فوریت *****		کد تکمیلین ۱ ۳۳۰۰۶۴		تحويل به مرکز درمانی ۰۴:۴۹:۴۸		حرکت از پایگاه *****			
کیلومتر پایان ماموریت *****		کد تکمیلین ۲ ۰		پایان ماموریت *****		رسیدن به محل فوریت *****			
رسیدن به پایگاه *****		راننده امدادگر -		رسیدن به پایگاه *****		حرکت از محل فوریت *****			
کیلومتر سوختگیری *****									
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت			
<input type="checkbox"/> ضرب و جرح <input type="checkbox"/> هیستریک <input type="checkbox"/> درد شکمی <input type="checkbox"/> رنال کولیک <input type="checkbox"/> زایمان <input type="checkbox"/> سقط			<input type="checkbox"/> ضعیف و بیحالی <input type="checkbox"/> دردمشکی <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> اختلال روانی <input type="checkbox"/> سایر: -			<input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> بیهوشی گذرا <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی <input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: سایر			
علل حوادث									
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
<input type="checkbox"/> خشونت <input type="checkbox"/> سرماخوردگی <input type="checkbox"/> گزش حشرات ، خزندگان <input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> غرق شدگی در آب <input type="checkbox"/> خودکشی <input type="checkbox"/> گرما زدگی <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> مسمومیت <input type="checkbox"/> سقوط <input type="checkbox"/> تروما در اثر یخبندان				
<input type="checkbox"/> وسيله نقلیه <input type="checkbox"/> جاده ای <input type="checkbox"/> خودرو سبک <input type="checkbox"/> خودرو سنگین <input type="checkbox"/> موتور <input type="checkbox"/> دوچرخه <input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> وضعيت مصدوم <input type="checkbox"/> عابر <input type="checkbox"/> راننده <input type="checkbox"/> سرنشین <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> سایر:				
<input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> سایر				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

تاریخ ماموریت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۵

حاره سریال پرونده: ۷۱۷۷۴۴۰

کد آمبولانس: ۳۱۸۳

نتیجه ماموریت	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	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مانتورینگ	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ماموریت کاذب / ماموریت اشتباه	دستورات:	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> پانسمان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	*****	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ امضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ماساژ قفسه سینه	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/> فیکس سرگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> VS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> نیکس ستون فقرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال یا خودروی شخصی		-	-	-	-	-				
برائت نامه										
اینجناب خانم/آقای شماره برائت نامه										
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			
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات ماموریت				مرکز درمانی			
دستکش معاینه، دستکش معاینه، دستکش معاینه، دستکش معاینه			پرسنل خدمات هواپیمای شاغل در فرودگاه امام که توسط پزشک بهداشت مرزی مستقر در فرودگاه ویزیت و برگه اعزام به علت مشکلات تنفسی و تب از چند روز پیش صادر کردند				نام مرکز درمانی مسیح دانشور تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی نام پزشک تحویل گیرنده کد پزشک تحویل گیرنده تحویل بدون رضایت			

سند شماره ۶- سازمان اورژانس کشور، تاریخ ماموریت ۱۸ بهمن ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۴۱۹۱، ابراهیم عباسی دره چناری ۳۰ ساله، مشکوک به کرونا، در ۱۸ بهمن از فرودگاه خمینی بدلیل تب بالا به اورژانس منتقل و سپس به بیمارستان یافت آباد تحویل داده میشود: «بیمار به علت تب بالا توسط بهداشت مرزی فرودگاه امام مشکوک به کرونا تشخیص داده شد طی هماهنگی با پذیرش انتقال به بیمارستان یافت آباد شد...مورد مسافر دبی است».



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

تاریخ ماموریت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۸

ماره سریال پرونده: ۷۲۰۲۵۹۲

کرونا: کد آمبولانس ۴۱۹۱

مشخصات عمومی بیمار																	
شکایت اصلی بیمار CC *****		جنس:	<input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی		نام و نام خانوادگی: ابراهیم عباسی دره چناری												
<input type="checkbox"/> مونث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص		کد ملی:	ماه:	سال:	سال:	حدود سن:											
		آدرس محل فوریت: فزودگاه امام ۱۱۰۲۷۵ / ۱۱۰۱۰۰ / ۴۱۹۱															
		تلفن پشتیبانی: *****		تلفن اصلی: *****													
کیلومتر آمبولانس		کد پرسنل آمبولانس		ثابت زمان													
کیلومتر حرکت *****		۱۱۰۲۷۵		کد تکنیسین ارشد		۱۷:۴۷:۳۷		رسیدن به مرکز درمانی		*****		دریافت ماموریت					
کیلومتر رسیدن به محل فوریت *****		۱۱۰۱۰۰		کد تکنیسین ۱		-		تحویل به مرکز درمانی		*****		حرکت از پایگاه					
کیلومتر پایان ماموریت *****		۰		کد تکنیسین ۲		*****		پایان ماموریت		*****		رسیدن به محل فوریت					
کیلومتر رسیدن به پایگاه *****		-		راننده امدادگر		*****		رسیدن به پایگاه		*****		حرکت از محل فوریت					
کیلومتر سوختگیری *****																	
تشخیص اولیه بیماری				علائم همراه				نوع محل فوریت									
<input type="checkbox"/> ضرب و جرح <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> افزایش فشار خون <input type="checkbox"/> هیستریک <input type="checkbox"/> درد شکمی <input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> زانمان <input type="checkbox"/> تصادفات <input type="checkbox"/> سقط سایر: مشکوک به کرونا				<input type="checkbox"/> تبلی <input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/> تنفسی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/> سکنه مغزی <input type="checkbox"/> کاهش فشار <input type="checkbox"/> اختلال روانی <input type="checkbox"/> سایر: مشکوک به کرونا				<input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> بیهوشی گذرا <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی <input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: -				<input type="checkbox"/> آموزشی <input checked="" type="checkbox"/> مراکز درمانی <input type="checkbox"/> داری <input type="checkbox"/> بزرگراه <input type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: -					
علل حوادث																	
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل						حوادث مرتبط با حمل و نقل											
<input type="checkbox"/> خشونت <input type="checkbox"/> سرماخوردگی <input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان <input type="checkbox"/> سایر:						<input type="checkbox"/> غرق شدگی در آب <input type="checkbox"/> خودکشی <input type="checkbox"/> گرما زدگی <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> سایر:						<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه <input type="checkbox"/> جاده ای <input type="checkbox"/> خودرو سبک <input type="checkbox"/> خودرو سنگین <input type="checkbox"/> موتور <input type="checkbox"/> دوچرخه <input type="checkbox"/> سایر					
<input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی <input type="checkbox"/> برق گرفتگی <input type="checkbox"/> حیوان گزیدگی <input type="checkbox"/> مایعات داغ <input type="checkbox"/> الکتریکی <input type="checkbox"/> حریق <input type="checkbox"/> سموم <input type="checkbox"/> دارو <input type="checkbox"/> غیر همتراز <input type="checkbox"/> سایر						<input type="checkbox"/> غرق شدگی در آب <input type="checkbox"/> خودکشی <input type="checkbox"/> گرما زدگی <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> مسمومیت <input type="checkbox"/> سقوط <input type="checkbox"/> سایر:						<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه <input type="checkbox"/> جاده ای <input type="checkbox"/> خودرو سبک <input type="checkbox"/> خودرو سنگین <input type="checkbox"/> موتور <input type="checkbox"/> دوچرخه <input type="checkbox"/> سایر					



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

تاریخ ماموریت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۸

حاره سریال پرونده: ۷۲۰۲۵۹۲

کرونا: کد آمبولانس ۴۱۹۱

نتیجه ماموریت	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"/> ساکشن	<input checked="" type="checkbox"/> مانیتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CPR	<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ماموریت کاذب / ماموریت اشتباه	دستورات:	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> پانسمان و کنترل خونریزی	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	*****	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ امضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ماساژ قفسه سینه	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/> نیکس سرگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/> نیکس ستون فقرات	<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		-	-	-	-				
پرونده نام									
شماره پرونده نام					اینجناب خانم/ 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			
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات ماموریت			مرکز درمانی			
دستکش معاینه، دستکش معاینه، ماسک صورت، ماسک - صورت			بیمار بعثت تب بالا توسط بهداشت مرزی فرودگاه امام مشکوک به کرونا تشخیص داده شده، طی هماهنگی با پذیرش انتقال به بیمارستان یافت آباد شد...مورد مسافر دبی است.			نام مرکز درمانی			
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی			
						نام پزشک تحویل گیرنده			
						کد پزشک تحویل گیرنده			
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			

برخی دروغهای سردمداران رژیم

۱- نمکی وزیر بهداشت رژیم: «هیچ موردی از آلودگی به کرونا ویروس جدید در هیچ نقطه‌ای از کشور نداشته‌ایم» (۲۹ بهمن ۱۳۹۸).

۲- روحانی: «۳۰ بهمن فهمیدیم که کرونا آمده است؛ یعنی نمونه آزمایشاتی که در قم بود آمد در تهران آزمایش شد و آن آزمایشات به ما نشان داد که مثبت است؛ این شب چهارشنبه (۲۹ بهمن) بود و صبح چهارشنبه (۳۰ بهمن) در دولت و بعد به مردم اعلام شد؛

یک روز تأخیر نکردیم؛ با اینکه دوم اسفند انتخابات بود می توانستیم صبر کنیم و سوم اسفند اعلام کنیم؛ این کار را نکردیم و با مردم صادقانه حرف زدیم» (۲۸ اسفند ۱۳۹۸).

۳- خامنه ای : « این بلا به نظر ما بلای آنچنان بزرگی نیست، از این بلاها بزرگتر هم وجود داشته و دارد. خودمان هم در کشور مواردی را مشاهده کردیم. می تواند با دعا با توسلات و با طلب شفاعت... خیلی از مشکلات را برطرف کنند.»
- « در بسیاری از کشورها پنهانکاری می کنند، نمی گویند. ما مسئولینمان با صفا و صداقت!! از روز اول با شفافیت خبر رسانی کردند!!، مردم را در جریان قرار دادند.»

- « البته من نمی خواهم مسئله را خیلی کوچک بگیرم، اما خیلی هم بزرگش نکنیم مسئله را... یک قضیه یی است پیش آمده، یک مدتی که انشاءالله خیلی طولانی نخواهد بود، این برای کشور وجود خواهد داشت بعد همه رخت برمی بندد و می رود و می تواند تجربیاتی که ما در این زمینه بدست می آوریم و فعالیتی که مردم می کنند، دستگاهها می کنند و در واقع یک رزمایشی، رزمایش عمومی در این زمینه انجام می گیرد این می تواند یک دستاورد باشد. اگر این دستاوردهای را داشته باشیم، بلا برای ما تبدیل میشود به نعمت، تهدید تبدیل می شود به فرصت...» (۱۳ اسفند ۱۳۹۸).

جنایت علیه بشریت

تردیدی نیست که پنهانکاری جنایتکارانه رژیم برای برگزاری مراسم ۲۲ بهمن و نمایش انتخابات مجلس ارتجاع، عامل تعیین کننده شیوع سریع و انفجاری ویروس کرونا در ایران و ابعاد فاجعه بار قربانیان شده است. خامنه ای و روحانی و دیگر سرمداران رژیم مسئول این جنایت علیه بشریت هستند و باید در مقابل عدالت قرار گیرند.

شورای ملی مقاومت ایران

کمیسیون امنیت و ضد تروریسم

۹ فروردین ۱۳۹۹ (۲۸ مارس ۲۰۲۰)