



(سری پنجم اسناد)

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

رئیس‌جمهور برگزیده مقاومت خانم مریم رجوی در اسفند ۹۸ با دریافت نخستین خبرها از زندانهای رژیم اعلام کرد:
به خاطر شرایط غیرانسانی 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 24 اسفند 1398، کد آمبولانس 3103، نام و نام خانوادگی امیر حسین مرادی، 36 ساله، جاده قم-حسن آباد، فشافویه، ندامتگاه تهران بزرگ، داخل بهداری تیپ 5، 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 02 گرفتن علائم حیاتی و پذیرش پایش و به بیمارستان منتقل گردید. بعثت کرونا سرباز ندادند ولی اورژانس را از کرونا مثبت مطلع نکردند بدون تجهیزات ایمنی بربالین 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: میر حسین مرادی		ملیت: <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی		جنس: <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر		شکایت اصلی بیمار: CC		تلفن شخصی: *****		تلفن پشتیبانی: *****	
حودسین سال: 36		ماه: 0		کد ملی: 0		موت: <input type="checkbox"/>		آدرس محل فوریت: منطقه 5 / نرسنگاه 33 / جاده قم / حسن آباد / ضلع یوسف / جاده جرم شهر / نرسنگاه تهران بزرگ / داخل به داری نیب / 5 / فنا		نا مشخص: <input type="checkbox"/>	
نوع محل فوریت			علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری			کیلومتر آمبولانس		
دریافت مأموریت			رسیدن به مرکز درمانی			کد تکمیلین ارشد			کیلومتر حرکت		
حرکت از پلیگاه			تحويل به مرکز درمانی			کد تکمیلین 1			کیلومتر رسیدن به محل فوریت		
رسیدن به محل فوریت			پایان مأموریت			کد تکمیلین 2			کیلومتر پایان مأموریت		
حرکت از محل فوریت			رسیدن به پلیگاه			راشده امدادگر			کیلومتر سوختگیری		
مسکونی			تنگی نفس			تشنج			فهریب و جرح		
آموزشی			درد قفسه صدری			تشنج			تشنج		
مراکز درمانی			تاری دید			تشنج			تشنج		
اداری			تاری دید			تشنج			تشنج		
بزرگراه			سرگیجه			تشنج			تشنج		
راه فرعی			فراموشی بعد از ضربه			تشنج			تشنج		
راه اصلی			اختلال حسی و حرکتی			تشنج			تشنج		
راه روستایی			اختلال حسی و حرکتی			تشنج			تشنج		
سایر با ذکر نام :-			سایر با ذکر نام :-			سایر :-			سایر :-		
علل حوادث											
وضعیت صفوف						وضعیت صفوف					
عابر			عمرق شدگی در آب			عمرق شدگی در آب			عمرق شدگی در آب		
براننده			خودکشی			خودکشی			خودکشی		
سرنشین			گرما زدگی			گرما زدگی			گرما زدگی		
نا مشخص			سوختگی جسم داغ			سوختگی جسم داغ			سوختگی جسم داغ		
سایر:			سمومیت			سمومیت			سمومیت		
-			سقوط			سقوط			سقوط		
-			تروما در اثر یکپندان			تروما در اثر یکپندان			تروما در اثر یکپندان		



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	مشاره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشکی 34185 هستورات : =====	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مفلئورینگ	<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"/> سرخ حال و معینه	<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"/> ماسک هکسه سینه	<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 تکبیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون نقرات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشوره لارم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی									
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی									
برانت نامه									
شماره برانت نامه					ایجاب خدم / 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			
			<u>بیمار با کرونا مثبت و مشکلات پوستی</u> a.b.c با جی o2 گرفتنه ادم حیاتی و پذیرش پلیس ویه بیمارستان منتقل گردید <u>باعت کرونا سریال داده</u> <u>وای اورژانس را از کرونا مثبت مطلع نکرد</u> بدون تجهیزات ایمنی بر بالین بیمار حاضر شدیم			<u>نام مرکز درمانی</u> 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 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 حاضر احساس 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		جنس :		شکایت اصلی بیمار		CC	
میلیت		ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		ماه		0		کد ملی	
حدود سن		32 سال		کیلو متر		0		تلفن صلیبی	
آدرس محل فوریت		منطقه 2 / اتوبان یادگار امام / زندان اوین / اقا		تلفن صلیبی		تلفن پیشینگی		نام مشخص	
ثابت زمن		کد پرسنل آمبولانس		کیلومتر حرکت		کیلومتر رسیدن به محل فوریت		کیلومتر رسیدن به پایانه مأموریت	
دریافت مأموریت		350055		15:01:29		کد تکمیلین ارشد		کیلومتر رسیدن به محل فوریت	
حرکت از پایگاه		120148		-		کد تکمیلین 1		کیلومتر رسیدن به پایانه مأموریت	
رسیدن به محل فوریت		0		*****		کد تکمیلین 2		کیلومتر رسیدن به پایگاه	
حرکت از محل فوریت		-		*****		راقدده امدادگر		کیلومتر سوختگیری	
نوع محل فوریت			علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری			
مسکونی		آموزشی		تنگی نفس		دوبینی		ضعف و بیحالی	
مستغنی		مراکز درمانی		درد قفسه صدری		تاری دید		درخشش	
امکان ورزشی و تفریحی		تاری		تعریق		پهوشی گذرا		تهوع و استفراغ	
معتبر ترافیکی آزاد راه		بزرگراه		سرگیجه		تب و لرز		سنگه مغزی	
راه صلیبی		راه فرعی		فراموشی بعد از ضربه		سر درد		کاهش هوشیاری	
راه روستایی		اکتلال حسی و حرکتی		اکتلال هوشیاری		اکتلال رولسی		ضمایحات	
سایر با ذکر نام : زندان		سایر با ذکر نام :-		سایر : کرونا					
عقل حوادث									
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل				
بضمیت صفرم		وسيله نظيه		غرق شدگی در آب		انسداد راه هوایی		خشونت	
عابر		جاده ای		خودکشی		برق گرفتگی		سرملوردگی	
راقدده		خودرو سبک		گرما زدگی		حیوان گردگی		گزش حشرات ، خزندگان	
سرشین		خودرو سنگین		سوختگی جسم داغ		شیمیایی		مایعات داغ	
نامشخص		موتور		سمومیت		CO		دارو	
سایر :		دوچرخه		سقوط		همتراز		غیر همتراز	
-		سایر		تروما در اثر یخبندان					



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				
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	30402	-	-	-	-	-	<input checked="" 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"/> سروح حال و معینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت لشتناوه							<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بسمان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار							<input 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> استقرار							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<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 شهید			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد				علت عدم پذیرش			
محل احضا و اثر انگشت شهید			محل احضا و اثر انگشت ارشد				محل احضا 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: <u>طلاق</u> تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی: -			
							نام پزشک تحویل گیرنده: -			
							کد پزشک تحویل گیرنده: -			
							<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			

سند شماره ۳- سازمان اورژانس کشور، استان تهران، اورژانس تهران، تاریخ مأموریت ۲۱ فروردین ۱۳۹۹، کد آمبولانس ۲۳۳۳، نام و نام خانوادگی ابوالحسن همت ۵۰ ساله با کرونای مثبت، از درمانگاه زندان اوین... COVID-19 با علائم تب و لرز به بیمارستان طالقانی منتقل شد: «مددجو تحویلی از درمانگاه زندان اوین طبق گزارش پرستار دیسپنسه و چست پین (درد قفسه سینه) داشته. در حال حاضر پس از معاینه احساس ضعف و بیحالی دیسپنسه تب مطرح میکند. اقدامات اولیه انجام علائم چک و چارت شد. مردمکها نرمال و رفلکس به نور طبیعی، کاملاً هوشیار منتقل شد و تحویل بیمارستان گردید. کد در حال انتظار-ثبت ترافیک مسیر».



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1399/1/21

شماره سریال پرونده: X7789512

کد آمبولانس: 2333

مشخصات عمومی بیمار			
نام و نام خانوادگی: ابوالحسن همت			
جنس: <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="checked" type="checkbox"/> مذکر			
تاریخ تولد: 0 ماه 0 کد ملی: 0	حدود سن: 50 سال		
آدرس محل فوریت: تهران، شهرک، درمانگاه زندان اوین / منطقه، پسران یادگار امام، بهمن جنوب / مدت بهشت / اوین / زندان اوین / covid-19**			
تلفن اصلی: *****	تلفن پشتیبانی: *****		
کیلومتر آمبولانس	کد پرسنل آمبولانس	ثبت زمان	
کیلومتر حرکت	کد تکمیلین ارشد: 120148	رسیدن به مرکز درمانی: 19:27:40	
کیلومتر رسیدن به محل فوریت	کد تکمیلین 1	تحویل به مرکز درمانی: -	
کیلومتر پایان مأموریت	کد تکمیلین 2	پایان مأموریت	
کیلومتر رسیدن به پایگاه	راننده امدادگر	رسیدن به پایگاه	
کیلومتر سوختگیری			
تشخیص اولیه بیماری		علائم همراه	نوع محل فوریت
<input type="checkbox"/> سردی و جرح	<input type="checkbox"/> تشنج	<input checked="checked" type="checkbox"/> ضعیف و بیحالی	<input checked="checked" type="checkbox"/> تنگی نفس
<input type="checkbox"/> هیستریک	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> درخششی	<input checked="checked" type="checkbox"/> درد قفسه صدری
<input type="checkbox"/> سردی شکمی	<input type="checkbox"/> هلیپرگیسمی	<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> تفریق
<input type="checkbox"/> زغال کوبیک	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input checked="checked" type="checkbox"/> بهال	<input type="checkbox"/> سرگیجه
<input type="checkbox"/> راین	<input type="checkbox"/> هلیپرگیسمی	<input type="checkbox"/> کولریزی	<input type="checkbox"/> گرموشی بعد از ضربه
<input type="checkbox"/> سقط	<input type="checkbox"/> تصاهات	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی
سایر: مشکوک به covid19		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"/> انسداد راه هوایی	<input type="checkbox"/> خروخ شدگی در آب	<input type="checkbox"/> وسیله نظیبه
<input type="checkbox"/> سرمفلوردگی	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی	<input type="checkbox"/> خوردنشی	<input type="checkbox"/> چاده ای
<input type="checkbox"/> گزش حشرات، گززدگان	<input type="checkbox"/> حیوان گزیدگی	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> دریایی
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> لکتریکی	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> ریسی
<input type="checkbox"/> لکل	<input type="checkbox"/> سموم	<input type="checkbox"/> مسمومیت	<input type="checkbox"/> سطح زمینی
<input type="checkbox"/> برهمورد با نیروی مکانیکی بیجان	<input type="checkbox"/> غیر همتراز	<input type="checkbox"/> سقوط	<input type="checkbox"/> زیر زمینی
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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	-	-	-	-	-	<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"/> سروح حال و معینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت لشتیاه							<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بستن 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"/> لوله 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 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/ آقای										
نام و نام خانوادگی شهرد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل احضا و اثر انگشت شهرد			محل احضا و اثر انگشت ارشد			محل احضا و اثر انگشت				
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی				
			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 بقور طبیعی کاملا هوشیار منتقل کد و تحویل بیمارستان گردید. کد در حال انتظار ثبت ترافیک مسیر-			نام مرکز درمانی				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی				
						نام پزشک تحویل گیرنده				
						کد پزشک تحویل گیرنده				
						تحویل بدون رضایت				

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		بیلاد حسامی زاده سهرابی		ملیت		ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		شکایت اصلی بیمار CC	
حود سن		24 سال		ماه		0		جنس : <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص	
آدرس محل فوریت		تویین یادگار امام / زیر پل / زندان اوین / درب اصلی / سرباز		کد ملی		0		تلفن اصلی	
تلفن اصلی		*****		تلفن پشتیبانی		*****			
ثابت زمن			کد پرسنل آمبولانس			کیلومتر آمبولانس			
دریافت مأموریت		07:33:17		کد تکمیلین ارشد		340025		کیلومتر حرکت	
حرکت از پایگاه		-		کد تکمیلین 1		350687		کیلومتر رسیدن به محل فوریت	
رسیدن به محل فوریت		*****		کد تکمیلین 2		0		کیلومتر رسیدن به پایگاه	
حرکت از محل فوریت		*****		راهنده امدادگر		-		کیلومتر سوختگیری	
نوع محل فوریت			علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری			
مسکونی		<input type="checkbox"/>		تنگی نفس		<input type="checkbox"/>		تشنج <input type="checkbox"/>	
آموزشی		<input type="checkbox"/>		لویبسی		<input type="checkbox"/>		ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/>	
مراکز درمانی		<input type="checkbox"/>		تاری دید		<input type="checkbox"/>		دردهای شکم <input type="checkbox"/>	
درد قفسه صدری		<input type="checkbox"/>		تهوع و استفراغ		<input type="checkbox"/>		سینه و بیدانی <input checked="" type="checkbox"/>	
تاریقی		<input type="checkbox"/>		بیهوشی گذرا		<input type="checkbox"/>		کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/>	
داری		<input type="checkbox"/>		تب و لرز		<input checked="" type="checkbox"/>		سکته مغزی <input type="checkbox"/>	
بزرگراه		<input type="checkbox"/>		سرگیجه		<input type="checkbox"/>		کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/>	
راه اصلی		<input type="checkbox"/>		فراموشی بعد از ضربه		<input type="checkbox"/>		سردرد <input type="checkbox"/>	
راه فرعی		<input type="checkbox"/>		اختلال حسی و حرکتی		<input type="checkbox"/>		اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/>	
راه روستایی		<input type="checkbox"/>		اختلال حسی و حرکتی		<input type="checkbox"/>		اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/>	
سایر یا ذکر نام : زندان		سایر یا ذکر نام :-		سایر :-		سایر :-		سایر :-	
علل حوادث									
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
بسیجیت صدمه		<input type="checkbox"/>		و سیله نظیه		<input type="checkbox"/>		شوک	
عابر		<input type="checkbox"/>		جاده ای		<input type="checkbox"/>		سرمشوردگی	
براننده		<input type="checkbox"/>		خودرو سبک		<input type="checkbox"/>		گزش حشرات، خزندگان	
سریشین		<input type="checkbox"/>		خودرو سنگین		<input type="checkbox"/>		لکتریکی <input type="checkbox"/>	
نماشخص		<input type="checkbox"/>		موتور		<input type="checkbox"/>		مسمومیت <input type="checkbox"/>	
سایر:		<input type="checkbox"/>		زیر زمینی		<input type="checkbox"/>		مسمومیت <input type="checkbox"/>	
-		<input type="checkbox"/>		تروما در اثر یخبندان		<input type="checkbox"/>		مسمومیت <input type="checkbox"/>	



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/12/27

شماره سریال پرونده : X7571937

کد آمبولانس : 5384

نتیجه مأموریت	مشاره 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	30412 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 type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> سرخ حال و معینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت پشتیبان							<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار							<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا							<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل							<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر							<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین							<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا							<input type="checkbox"/> مشوره لازم	<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"/>
<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					
			<p>افا 24 سله سرباز زدن با شکایت تب و سرافه داشته علائم حیاتی بیمارچک گردید اقدامات اولیه انجام گردید و جهت بررسی بیشتر به مرکز درمانی منتقل گردید</p>			<p>نام مرکز درمانی حضرت رسول</p> <p>تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی</p> <p>09:40</p> <p>نام پزشک تحویل گیرنده</p> <p>بیمارستان حضرت رسول</p> <p>کد پزشک تحویل گیرنده</p> <p>10004</p> <p><input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت</p>					

این اسناد که شمه‌ای از موارد ابتلاء زندانیان به کرونا و ابتلاء در زندانهای ولایت فقیه است، سند آشکار جنایت خامنه‌ای و آخوند رئیسی سردژخیم 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)