



مشخصات و اسناد انتقال ۶۰ تن از مجروحان قیام به بیمارستان در تهران توسط سازمان اورژانس

در روزهای ۲۴ تا ۲۷ آبان ۱۳۹۸

شامل ۶ زن و ۵۴ مرد که ۵ تن از آنها مجهول الهویه ثبت شده‌اند

(سری اول - اسناد انتقال ۶ تن زنان مجروح قیام به بیمارستان)

کمیسیون امنیت و ضد تروریسم شورای ملی مقاومت به اسامی و مشخصات و اسناد انتقال شماری از مجروحان قیام آبان به بیمارستان در تهران دست یافته است. اسناد انتقال ۶۰ نفر از مجروحان به اطلاع هموطنان خواهد رسید که البته بخش بسیار کوچکی از واقعیت قیام بزرگ آبان و اسناد انکار ناپذیر آن است.

در میان ۶۰ مجروح منتقل شده توسط سازمان اورژانس کشور به بیمارستان، اسامی شش تن از زنان مجروح قیام به چشم می‌خورد که دو تن از آنها مورد اصابت گلوله‌های ساچمه‌ای مزدوران رژیم واقع شده‌اند. پنج مرد جوان قیامی در اسناد اورژانس مجهول الهویه ثبت شده‌اند.

این اسناد روشن‌گر که اندکی از بسیار است، از یکسو ابعاد عظیم قیام مردم ایران و از سوی دیگر منتهای قساوت و شقاوت رژیم ضدبشری ولایت فقیه را نشان می‌دهد.

سند شماره ۱ - سازمان اورژانس کشور، استان تهران، اورژانس تهران، تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۳۲۳۵، نام و نام خانوادگی صغری شیرازیان، سن ۶۰ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات، منطقه ۱۹/خانی آباد/خیابان لطیفی/خیابان ابوریحان/روبروی بانک انصار، اعزام به مرکز درمانی ضیائیان، ساعت ۸ و ۴ دقیقه



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/25
شماره سوابق پرونده: X6599636
کد آمبولانس: 3235

مشخصات عمومی بیمار	
نام و نام خانوادگی (سری ندرزید)	نام و نام خانوادگی (سری ندرزید)
حرفه سن سال سال 60	حرفه سن سال سال 60
آدرس محل فوریت	آدرس محل فوریت
تلفن صحنی	تلفن صحنی
کد پرسنل آمبولانس	کد پرسنل آمبولانس
نوع محل فوریت	نوع محل فوریت
سنگینی	سنگینی
مشغلی	مشغلی
مادر نرزیستی آزاد راه	مادر نرزیستی آزاد راه
راه نرسلی	راه نرسلی
راه روستایی	راه روستایی
سفر یا فکر نام: داخل کلین	سفر یا فکر نام: داخل کلین
تاریخ حوادث	
حادث مرتبط با حمل و نقل	حادث مرتبط با حمل و نقل
بهداشت عمومی	بهداشت عمومی
سفر	سفر



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مهوریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6599636

کد آمبولانس : 3235

نتیجه مهوریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی		
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی								
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی								
<input type="checkbox"/> مهوریت کاذب / مهوریت اشتباه								
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	هستورات :							
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا	=====							
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل						<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر						<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکبیسین						<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا						<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> استقرار						<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی						<input type="checkbox"/> فیکس سنون هرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی								
برانت نامه								
شماره برانت نامه						اینچفب 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		
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مهوریت			مرکز درمانی		
						نام مرکز درمانی ضیلعیان		
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 08:04		
						نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان ضیلعیان تهران		
						کد پزشک تحویل گیرنده 5		
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت		

سند شماره ۲- سازمان اورژانس کشور، استان تهران، اورژانس تهران، تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۹۰۷۳، نام و نام خانوادگی مریم حتمی تهرانی، سن ۱۸ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات/اسلامشهر/شهرک قائمیه کوچه ۴۵/پلاک ۹۸/واحد ۲، اعزام به مرکز درمانی امام رضا (ع) اسلامشهر (سعیدیه) ساعت ۵ و ۷ دقیقه
 علائم: ضعف و بیحالی / خونریزی

توضیحات و ملاحظات ماموریت: خانم ۱۸ ساله اصابت گلوله ساچمه ای به سر و ران چپ شده بود علائم حیاتی چک و اقدامات لازم انجام شد تحت مراقبت و اکسیژن تراپی تحویل بیمارستان گردید.



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6608694

کد آمبولانس: 9073

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی: مریم حتمی تهرانی		ملیت: <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی		جنس: <input checked="" type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص		شکایت اصلی بیمار: CC			
حدود سن: 18 سال	ماه: 0	کد ملی: 0	آدرس محل فوریت: اغتشاشات/اسلامشهر/شهرک قائمیه کوچه 45/پلاک 98/واحد 2/امبولانس #		تلفن اصلی: *****		تلفن پشتیبانی: *****		
ثبت زمان			کد پرسنل آمبولانس			کیلومتر آمبولانس			
دریافت مأموریت: *****	رسیدن به مرکز درمانی: 23:37:53	کد تکبیسین ایشد: 351132	کیلومتر حرکت: *****						
حرکت از پایگاه: *****	تحويل به مرکز درمانی: 00:12:57	کد تکبیسین 1: 351065	کیلومتر رسیدن به محل فوریت: *****						
رسیدن به محل فوریت: *****	پایان مأموریت: *****	کد تکبیسین 2: 0	کیلومتر رسیدن به پایگاه: *****						
حرکت از محل فوریت: *****	رسیدن به پایگاه: *****	راانده لمدادگر: -	کیلومتر سوختگیری: *****						
نوع محل فوریت			علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری			
<input checked="" type="checkbox"/> مسکونی	<input checked="" type="checkbox"/> آموزشی	<input type="checkbox"/> تنگی نفس	<input type="checkbox"/> دوپیتی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> تبی	<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"/> درشکمی	<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 type="checkbox"/> هایپرگلیسمی	<input type="checkbox"/> درد شکمی		
<input type="checkbox"/> معبر ترافیکی آزاد راه	<input type="checkbox"/> بزرگراه	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> تب و لرز	<input type="checkbox"/> سهال	<input type="checkbox"/> سکتاه مغزی	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> زوال کولیک		
<input type="checkbox"/> راه اصلی	<input type="checkbox"/> راه فرعی	<input type="checkbox"/> غراموشی بعد از ضربه	<input type="checkbox"/> سردرد	<input checked="" type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> کاهش فشار	<input type="checkbox"/> هایپرگلیسمی	<input type="checkbox"/> رابمان		
<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"/> نصابفات	<input type="checkbox"/> سقط				
سایر با ذکر نام: -			سایر با ذکر نام: -			سایر: تروما نافذ تیر خوردگی سلجمه ای			
علل حوادث									
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل				
<input type="checkbox"/> وضعیت مصدوم	<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه	<input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب	<input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی	<input type="checkbox"/> کشوئت	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> چاده ای	<input type="checkbox"/> هوایی	<input type="checkbox"/> کودکنسی	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی	<input type="checkbox"/> سرملوردگی	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> برانده	<input type="checkbox"/> خودرو سبک	<input type="checkbox"/> دریایی	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> حیوان گردگی	<input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> سرشین	<input type="checkbox"/> خودرو سنگین	<input type="checkbox"/> ریلی	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> شیمیایی	<input type="checkbox"/> مایعات داغ	<input type="checkbox"/> لکتربیکی	<input type="checkbox"/> حریق	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> نامشخص	<input type="checkbox"/> موتور	<input type="checkbox"/> سطح زمینی	<input type="checkbox"/> مسمومیت	<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> دارو	<input type="checkbox"/> مواد مکرر	<input type="checkbox"/> سموم	<input type="checkbox"/> لکل	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> سایر:	<input type="checkbox"/> دوچرخه	<input type="checkbox"/> زیر زمینی	<input type="checkbox"/> سقوط	<input type="checkbox"/> همتراز	<input type="checkbox"/> غیر همتراز	برخورد با نیروی مکتبکی بیجان			
<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> تروما در اثر یکپندان	سایر						



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6608694

کد آمبولانس: 9073

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشکی	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی										
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی										
<input type="checkbox"/> مأموریت کادرب / مأموریت اشتباه										
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	هستورات:									
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا	=====									
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل										
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر										
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیسین										
<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 تکمیسین 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				
		کدام 18 سله اصابت گوله سلجمه ای به سر و ران چپ شده بود علائم حیاتی چک و اقدامات لازم انجام شد تحت مراقبت و اکسیژن تراپی تحویل بیمارستان گردید.				نام مرکز درمانی امام رضا (ع) (سالمشهر (سعدیه)) 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 ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۹۰۷۳، نام و نام خانوادگی شهلا خدمتی، سن ۳۹ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات/اسلامشهر/شهرک قائمیه کوچه ۴۵/پلاک ۹۸/واحد ۲، اعزام به مرکز درمانی امام رضا اسلامشهر (سعیدیه)
 علائم: خونریزی

توضیحات و ملاحظات ماموریت: خانم ۳۸ ساله اصابت گلوله ساچمه ای به دست چپ و خونریزی از محل. پانسمان و کنترل خونریزی تحت مراقبت و اکسیژن تراپی تحویل بیمارستان گردید.



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6608694/02

کد آمبولانس: 9073

مشخصات عمومی بیمار													
شکایت اصلی بیمار CC *****		جنس: <input checked="" type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص		ملیت: <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی		نام و نام خانوادگی شهلا خدمتی		حودسن سال 39		ماه 0			
*****		*****		1718691203		کد ملی		*****		*****			
*****		*****		*****		*****		آدرس محل فوریت اغتشاشات/اسلامشهر/شهرک قائمیه کوچه 45/پلاک 98/واحد 2/آمبولانس #		*****			
*****		*****		*****		*****		تلفن اصلی		تلفن پشتیبانی			
کیلومتر آمبولانس			کد پرسنل آمبولانس			ثبت زمان							
*****			351132			کد تکمیلین ارشد		23:37:53		رسیدن به مرکز درمانی		*****	
کیلومتر حرکت			کیلومتر رسیدن به محل فوریت			کد تکمیلین 1		00:12:57		تحويل به مرکز درمانی		*****	
*****			351065			کد تکمیلین 2		*****		پایان مأموریت		*****	
کیلومتر رسیدن به پایگاه			0			راندده امدادگر		*****		رسیدن به پایگاه		*****	
کیلومتر سوختگیری			-			*****		*****		*****		*****	
تشخیص اولیه بیماری				علائم همراه				نوع محل فوریت					
<input type="checkbox"/> ضرب و جرح <input type="checkbox"/> تشنج		<input type="checkbox"/> غشایی <input type="checkbox"/> بیحالی		<input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سرگیجه		<input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> آموزشی		<input checked="" type="checkbox"/> مسکونی		<input type="checkbox"/> راه اصلی		<input type="checkbox"/> راه روستایی	
<input type="checkbox"/> بیستریک <input type="checkbox"/> افزایش فشار خون		<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی		<input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری		<input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری		<input type="checkbox"/> مریز <input type="checkbox"/> راه فرعی		<input type="checkbox"/> راه اصلی		<input type="checkbox"/> راه روستایی	
<input type="checkbox"/> درد شکمی <input type="checkbox"/> هایپوگلیسمی		<input type="checkbox"/> سینه منقبض <input type="checkbox"/> سینه منبسط		<input type="checkbox"/> بیهوشی گذرا <input type="checkbox"/> تپ و لرز		<input type="checkbox"/> تپ و لرز <input type="checkbox"/> سرگیجه		<input type="checkbox"/> تپ و لرز <input type="checkbox"/> سرگیجه		<input type="checkbox"/> بزرگراه <input type="checkbox"/> راه فرعی		<input type="checkbox"/> راه اصلی	
<input type="checkbox"/> زوال کویک <input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری		<input type="checkbox"/> سینه منقبض <input type="checkbox"/> سینه منبسط		<input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> خونریزی <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> خونریزی		<input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> خونریزی		<input type="checkbox"/> راه فرعی		<input type="checkbox"/> راه اصلی	
<input type="checkbox"/> زایمان <input type="checkbox"/> هایپوگلیسمی		<input type="checkbox"/> اختلال روی <input type="checkbox"/> ضامفات		<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> اختلال روی		<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> اختلال روی		<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> اختلال روی		<input type="checkbox"/> راه فرعی		<input type="checkbox"/> راه اصلی	
سایر با ذکر نام: سیر: تروما نافذ تیر خوردگی سلجمه ای				سایر با ذکر نام: -				سایر با ذکر نام: -					
عزل حوادث													
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل						حوادث مرتبط با حمل و نقل							
<input type="checkbox"/> خشونت		<input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی		<input type="checkbox"/> حرق شدگی در آب		<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه		<input type="checkbox"/> وضعیت مصوم		<input type="checkbox"/> عبور		<input type="checkbox"/> چاده ای	
<input type="checkbox"/> سرمل خوردگی		<input type="checkbox"/> برق گرفتگی		<input type="checkbox"/> خودکشی		<input type="checkbox"/> هوایی		<input type="checkbox"/> کودرو سبک		<input type="checkbox"/> کودرو سبک		<input type="checkbox"/> کودرو سبک	
<input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان		<input type="checkbox"/> حیوان گردگی		<input type="checkbox"/> گرما زدگی		<input type="checkbox"/> دریایی		<input type="checkbox"/> کودرو سنگین		<input type="checkbox"/> کودرو سنگین		<input type="checkbox"/> کودرو سنگین	
<input type="checkbox"/> سایر		<input type="checkbox"/> لکتزیکتی		<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ		<input type="checkbox"/> زمین		<input type="checkbox"/> موتور		<input type="checkbox"/> موتور		<input type="checkbox"/> موتور	
<input type="checkbox"/> سایر		<input type="checkbox"/> مایعات داغ		<input type="checkbox"/> شیمیایی		<input type="checkbox"/> سطح زمینی		<input type="checkbox"/> دوچرخه		<input type="checkbox"/> دوچرخه		<input type="checkbox"/> دوچرخه	
<input type="checkbox"/> لکل		<input type="checkbox"/> مواد مکرر		<input type="checkbox"/> دارو		<input type="checkbox"/> زیر زمینی		<input type="checkbox"/> سایر		<input type="checkbox"/> سایر		<input type="checkbox"/> سایر	
<input type="checkbox"/> برکورد با نیروی مکانیکی بیجان				<input type="checkbox"/> غیر همتراز				<input type="checkbox"/> همتراز					
<input type="checkbox"/> سایر				<input type="checkbox"/> تروما در اثر یخبندان				<input type="checkbox"/> سایر					



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6608694/02

کد آمبولانس: 9073

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										
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی										
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت اشنابه										
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	هستورات:									
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اهدا اعضا										
<input type="checkbox"/> سو از طرف مرکز هدایت و کنترل										
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر										
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیسین										
<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 خدمت / آقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکمیسین 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>خدمت 38 صلیب گولبه سلچمه ای به دست چپ و خونریزی از محل پس از پسمان و کنترل خونریزی تحت مراقبت و اکسیژن تراپی تحویل بیمارستان گردید.</p>			<p>نام مرکز درمانی امام رضا (ع) (سلامشهر سعیدیه) تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی نام پزشک تحویل گیرنده کد پزشک تحویل گیرنده تحویل بدون رضایت</p>				

سند شماره ۴- سازمان اورژانس کشور، استان تهران، اورژانس تهران، تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۳۲۴۴، نام و نام خانوادگی طاهره فتحی، سن ۲۹ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات منطقه ۱۸ / خلیج فارس / شهرک سینا / کوچه غلامی نژاد / پلاک ۱۳۵ / واحد ۵ / طبقه ۳، اعزام به مرکز درمانی فیاض بخش / ساعت ۵ و ۷ دقیقه
 علائم: ضعف و بیحالی / خونریزی

توضیحات و ملاحظات مأموریت: بیمار خانم ۲۹ ساله که به دنبال تیر خوردگی به سر و دست و پا و پهلو شده است علائم حیاتی چک شد معاینه و مشاوره انجام شد و پس از اقدامات اولیه به بیمارستان انتقال داده شد. بیمارستان خیلی شلوغ بود و تحویل بیمار طولانی شد.



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6607472

کد آمبولانس: 3244

مشخصات عمومی بیمار												
نام و نام خانوادگی	طاهره فتحی	جنس:	مؤنث <input checked="" type="checkbox"/>	ملیت:	ایرانی <input checked="" type="checkbox"/>	غیر ایرانی <input type="checkbox"/>	کد ملی:	0	ماه:	0		
حدود سن:	29 سال	مؤنث:	<input checked="" type="checkbox"/>	مرد:	<input type="checkbox"/>	نامشخص:	<input type="checkbox"/>	آدرس محل فوریت:	اغتشاشات منطقه 18 / خلیج فارس / شهرک سینا / کوچه غلامی نژاد / پلاک 135 / واحد 5 / طبقه 3 / آمبولانس #			
تلفن اصلی:	*****	تلفن پشتیبانی:	*****		کیلومتر آمبولانس:	کد پرسنل آمبولانس:		ثبت زمان:				
دریافت مأموریت:	*****	رسیدن به مرکز درمانی:	21:26:19		کد تکمیلین ارشد:	120177		کیلومتر حرکت:				
حرکت از پایگاه:	*****	تحویل به مرکز درمانی:	-		کد تکمیلین 1:	730022		کیلومتر رسیدن به محل فوریت:				
رسیدن به محل فوریت:	*****	پایان مأموریت:	*****		کد تکمیلین 2:	0		رسیدن به پایگاه:				
حرکت از محل فوریت:	*****	رسیدن به پایگاه:	*****		راهنما:	-		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 type="checkbox"/>	ضعف و بیحالی:	<input checked="" type="checkbox"/>	تب:	<input type="checkbox"/>	
سنگی:	<input type="checkbox"/>	مراکز درمانی:	<input type="checkbox"/>	درد قفسه صدری:	<input type="checkbox"/>	تاری دید:	<input type="checkbox"/>	تشنج:	<input type="checkbox"/>	تشنج:	<input type="checkbox"/>	
ساکن 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"/>	
معابر ترافیکی آزاد راه:	<input type="checkbox"/>	بزرگراه:	<input type="checkbox"/>	سرگیجه:	<input type="checkbox"/>	تب و لرز:	<input type="checkbox"/>	سهال:	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی:	<input type="checkbox"/>	
راه اصلی:	<input type="checkbox"/>	راه فرعی:	<input type="checkbox"/>	گراموشی بعد از ضربه:	<input type="checkbox"/>	سر درد:	<input type="checkbox"/>	کوفتگی:	<input checked="" type="checkbox"/>	لاشن فشار:	<input type="checkbox"/>	
راه روستایی:	<input type="checkbox"/>	اختلال حسی و حرکتی:	<input type="checkbox"/>	اختلال هوشیاری:	<input type="checkbox"/>	اختلال رویی:	<input type="checkbox"/>	اختلال رویی:	<input type="checkbox"/>	کساحات:	<input type="checkbox"/>	
سایر با ذکر نام: -			سایر با ذکر نام: -				سایر: تیر خوردگی					
علل حوادث												
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل							
ضعفیت مسعوم:	<input type="checkbox"/>	وسيله نظليه:	<input type="checkbox"/>	سقوط شدگی در آب:	<input type="checkbox"/>	انسداد راه هوایی:	<input type="checkbox"/>	کشتوت:	<input type="checkbox"/>	کشتوت:	<input type="checkbox"/>	
عابر:	<input type="checkbox"/>	چاده ای:	<input type="checkbox"/>	خودکشی:	<input type="checkbox"/>	برق گرفتگی:	<input type="checkbox"/>	سرملوردگی:	<input type="checkbox"/>	سرملوردگی:	<input type="checkbox"/>	
براننده:	<input type="checkbox"/>	خودرو سبک:	<input type="checkbox"/>	گرما زدگی:	<input type="checkbox"/>	حیوان گردگی:	<input type="checkbox"/>	گزش حشرات، خزندگان:	<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"/>	میعات داغ:	<input type="checkbox"/>	لکتريکی:	<input type="checkbox"/>	
ناشخص:	<input type="checkbox"/>	موتور:	<input type="checkbox"/>	سمومیت:	<input type="checkbox"/>	CO:	<input type="checkbox"/>	دارو:	<input type="checkbox"/>	مواد معدن:	<input type="checkbox"/>	
سایر:	<input type="checkbox"/>	زیر زمینی:	<input type="checkbox"/>	سقوط:	<input type="checkbox"/>	همتراز:	<input type="checkbox"/>	غیر همتراز:	<input type="checkbox"/>	برکورد 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"/>				<input type="checkbox"/>	



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مهوریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6607472

کد آمبولانس : 3244

نتیجه مهوریت	مشوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	-	iv	1200	500	مال سلین	-	<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"/> مهوریت کاذب / مهوریت اشتباه	هستورات :	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-----	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا	-	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	-	<input 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 تکمیسین	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> استقرار	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
برنات نامه										
شماره برنات نامه					اینجانب خدمت آقای					
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکمیسین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل اعضا و اثر انگشت شاهد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت				
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مهوریت				مرکز درمانی			
تژیوکت صورتی یدد 10 سنت یدد 10 سافت یدد 10- سافت، هستکشن معینه، هستکشن معینه پست سرم سرم نرمال گار، 4M سلین ماسک اکسیژن بزرگسال یدد لکلی، چسب 3 غیر استریل، گار غیر استریل، گار غیر استریل، گار غیر استریل، گار غیر استریل			بیمار خدمت 29 سله که به هیال تیر خوردگی به سرو هست و پا و پهلو شده است علامت حیاتی چک شد معینه و مشوره انجام شد و پس از اقدامات اولیه به بیمارستان انتقال داده شد بیمارستان خیلی شلوغ بود و تحویل بیمار طولانی شد جهت ترافیک مسیر-				نام مرکز درمانی نام مرکز درمانی شاهد فیض بخش تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 05:07 نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان فیض بخش کد پزشک تحویل گیرنده 10008 تحویل بدون رضایت			

سند شماره ۵- سازمان اورژانس کشور، استان تهران، اورژانس تهران، تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۶۰۰۲، نام و نام خانوادگی فائزه کشاورزی کرجی، سن ۲۳ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات جاده وهن آباد ورودی رباط کریم دور بزیند زیر پل به سمت اتوبان مستقر شوید / اعزام به مرکز درمانی فیروزگر / ساعت ۲۱ و ۲۶ دقیقه
 علائم: ضعف و بیحالی / خونریزی / خشونت / پاره‌شدگی



سازمان اورژانس کشور
 استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6605444/08

کد آمبولانس: 6002

مشخصات عمومی بیمار									
شکایت اصلی بیمار CC		جنس:		ملیت: <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی		نام و نام خانوادگی: فائزه کشاورزی کرجی		حدود سن: سال 23	
*****		<input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص		کد ملی: 0		ماه: 0		سال: 0	
*****		*****		آدرس محل فوریت: 09127291087		*****		*****	
*****		*****		تلفن پزشکی: *****		تلفن اصلی: *****		*****	
کیلومتر آمبولانس		کد پرسنل آمبولانس		ثبت زمان					
*****		730089		20:47:29		رسیدن به مرکز درمانی		*****	
کیلومتر حرکت		کد تکبیسین ارشد		20:47:30		تحويل به مرکز درمانی		*****	
کیلومتر رسیدن به محل فوریت		کد تکبیسین 1		*****		پایان مأموریت		*****	
کیلومتر رسیدن به پایگاه		کد تکبیسین 2		*****		رسیدن به پایگاه		*****	
کیلومتر سوختگیری		راهنما امدادگر		*****		*****		*****	
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت			
<input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> تپش و جرح <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> بی‌حالی <input checked="" type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> آموژی <input type="checkbox"/> مسکونی			
<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون <input type="checkbox"/> بیستریک <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> درخششی <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری <input type="checkbox"/> مراکز درمانی			
<input type="checkbox"/> درخششی <input type="checkbox"/> درخششی <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> بی‌هوشی گذرا <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> تفریق <input type="checkbox"/> داری			
<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> رتال گویک <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> سبها <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> بزرگراه <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> کاهش فشار <input type="checkbox"/> هایپرگلیسمی <input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> کساحات <input type="checkbox"/> سقط <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی <input type="checkbox"/>			
سایر: -			سایر با ذکر نام: -			سایر با ذکر نام: -			
علل حوادث									
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
<input checked="" type="checkbox"/> خشونت <input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> عرق شدگی در آب <input type="checkbox"/> وسیله نظیبه <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> سرملوردگی <input type="checkbox"/> برق گرفتگی <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> جاده ای <input type="checkbox"/> عبور <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> گرمای زدگی <input type="checkbox"/> خودرو سبک <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> حریق <input type="checkbox"/> لکتریکی <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> شیمیایی <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> لکل <input type="checkbox"/> سموم <input type="checkbox"/> مواد مخدر <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> ستمویت <input type="checkbox"/> سطح زمینی <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> بر خورد با تیروی مکتیکی بیجان <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> سقوط <input type="checkbox"/> زیر زمینی <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> همتراز <input type="checkbox"/> غیر همتراز <input type="checkbox"/>				
					<input type="checkbox"/> تروما در اثر یخبندان <input type="checkbox"/>				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مصوریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6605444/08

کد آمبولانس : 6002

تاریخچه پزشکی بیمار				تاریخچه داروی مصرفی							
<input type="checkbox"/>	دیابت	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input type="checkbox"/>	آسم	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی				
<input type="checkbox"/>	سابقه بدخیمی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی	<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون				
<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	روائی	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد				
<input type="checkbox"/>	دیوی	<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	مغولیت				
<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عفونی	حساسیت دارویی با ذکر نام #							
علائم حیاتی											
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15		
19:49:51	16	100/70	100	90	98	4	5	6	15		
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-		
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-		
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-		
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مردمکها				
<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	سمع	L	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	R	<input checked="" type="checkbox"/>	L	اندازه	R	
<input type="checkbox"/>	صدای صفی		<input type="checkbox"/>	رال	<input type="checkbox"/>	سمع	<input type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	منظم	ریتم	<input type="checkbox"/>	بازدم طولانی / ویز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیلاته	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	نا منظم		<input type="checkbox"/>	منظم	<input type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	میوتیک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بدون پاسخ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
تروما											
عملیات رهاسازی بر روی صندلوم : <input type="checkbox"/>					قبل از رسیدن تکبیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکبیسین <input type="checkbox"/>						
نفذ با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/>					انواع تروما : <input type="checkbox"/>						
بلاغت با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/>											
نوع ضایعه											
	عقب 30		جلو 30	<input checked="" type="checkbox"/>	پاره شدگی	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	شکستگی باز	<input type="checkbox"/>	تغییر شکل
				<input type="checkbox"/>	قطع عضو	<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	شکستگی بسته	<input type="checkbox"/>	کراشیدگی
				<input type="checkbox"/>	درجه سوختگی :-	<input type="checkbox"/>	ندارد	<input type="checkbox"/>	بعض دیستال دارد	<input type="checkbox"/>	تندرتس
				<input type="checkbox"/>	درصد سوختگی :-	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	گرفتگی	<input type="checkbox"/>	له شدگی
				<input type="checkbox"/>	گوندیزی	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	سوراخ شدگی	<input type="checkbox"/>	تورم
				<input type="checkbox"/>	ضایعه حسی	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	پریدگی	<input type="checkbox"/>	در رفتگی
				<input type="checkbox"/>	ضایعه حرکتی	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6605444/08

کد آمبولانس: 6002

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشک	نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک - هستورات : =====	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> مفلتورینگ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بانسان و کنترل خونریزی	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ماساژ قلبه سیئه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حملیت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیسین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس ستون فقرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-					
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-					
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				
اقلام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی				
						نام مرکز درمانی فیروزگر				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 21:26				
						نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان فیروزگر				
						کد پزشک تحویل گیرنده 10006				
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت				

سند شماره ۶- سازمان اورژانس کشور، استان تهران، اورژانس تهران، تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۶۰۶۳، نام و نام خانوادگی پری حادقی، سن ۳۹ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات منطقه/ ایستگاه مترو شهدای هفتم تیر/ راهرو اداری/ اتاق کنترل/ اعزام به مرکز درمانی فیروزگر، ساعت ۱۹ و ۳۶ دقیقه توضیحات و ملاحظات مأموریت: خانم بدون سابقه بیماری که در حال حاضر با خانواده در خیابان تردد داشته اند که بعد از استنشاق گاز اسپری پلیس دچار درد شکمی شده اند...



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/26
شماره سریال پرونده: X6605273
کد آمبولانس: 6063

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی پری حادقی		ملیت ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		جنس : <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نا مشخص <input type="checkbox"/>		شکلیت اصلی بیمار CC		شکلیت اصلی بیمار *****	
حدود سن 39 سال		ماه 0		کد ملی 0		آدرس محل فوریت		اغتشاشات منطقه / ایستگاه مترو شهدای هفتم تیر / راهرو اداری / اتاق کنترل / آمبولانس / مونور لانس //	
تلفن شخصی *****		تلفن پشتیبانی *****		تلفن محل *****		تلفن محل فوریت		تلفن محل فوریت *****	
نوع محل فوریت			علامت همراه			تشخیص اولیه بیماری			
دریافت مأموریت *****		رسیدن به مرکز درمانی 19:04:35		کد تکمیلین ارشد 120057		کیلومتر حرکت *****		کیلومتر حرکت *****	
حرکت از پایگاه *****		تحويل به مرکز درمانی 19:04:36		کد تکمیلین 1 350415		کیلومتر رسیدن به محل فوریت *****		کیلومتر رسیدن به محل فوریت *****	
رسیدن به محل فوریت *****		پایان مأموریت *****		کد تکمیلین 2 0		کیلومتر رسیدن به پایگاه *****		کیلومتر رسیدن به پایگاه *****	
حرکت از محل فوریت *****		رسیدن به پایگاه *****		راهنده امدادگر -		کیلومتر سوختگیری *****		کیلومتر سوختگیری *****	
مسکونی <input type="checkbox"/>		تنگی نفس <input type="checkbox"/>		لویمی <input type="checkbox"/>		تشنج <input type="checkbox"/>		عرب و جرح <input type="checkbox"/>	
آموزشی <input type="checkbox"/>		درد قفسه صدری <input type="checkbox"/>		تاری دید <input type="checkbox"/>		تشنج <input type="checkbox"/>		عرب و جرح <input type="checkbox"/>	
مراکز درمانی <input type="checkbox"/>		بیهوشی گذرا <input type="checkbox"/>		تاری دید <input type="checkbox"/>		تشنج <input type="checkbox"/>		عرب و جرح <input type="checkbox"/>	
داری <input type="checkbox"/>		تب و لرز <input type="checkbox"/>		تاری دید <input type="checkbox"/>		تشنج <input type="checkbox"/>		عرب و جرح <input type="checkbox"/>	
بزرگراه <input type="checkbox"/>		سرگیجه <input type="checkbox"/>		تاری دید <input type="checkbox"/>		تشنج <input type="checkbox"/>		عرب و جرح <input type="checkbox"/>	
بزرگراه <input type="checkbox"/>		سرگیجه <input type="checkbox"/>		تاری دید <input type="checkbox"/>		تشنج <input type="checkbox"/>		عرب و جرح <input type="checkbox"/>	
راه فرعی <input type="checkbox"/>		گراموشی بعد از ضربه <input type="checkbox"/>		تاری دید <input type="checkbox"/>		تشنج <input type="checkbox"/>		عرب و جرح <input type="checkbox"/>	
راه فرعی <input type="checkbox"/>		گراموشی بعد از ضربه <input type="checkbox"/>		تاری دید <input type="checkbox"/>		تشنج <input type="checkbox"/>		عرب و جرح <input type="checkbox"/>	
راه روستایی <input type="checkbox"/>		اختلال حسی و حرکتی <input type="checkbox"/>		تاری دید <input type="checkbox"/>		تشنج <input type="checkbox"/>		عرب و جرح <input type="checkbox"/>	
راه روستایی <input type="checkbox"/>		اختلال حسی و حرکتی <input type="checkbox"/>		تاری دید <input type="checkbox"/>		تشنج <input type="checkbox"/>		عرب و جرح <input type="checkbox"/>	
سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-	
علل حوادث									
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
وضعیت مصوم <input type="checkbox"/>		وسيله نقلیه <input type="checkbox"/>		سقوط شدگی در آب <input type="checkbox"/>		انسداد راه هوایی <input type="checkbox"/>		کشتوت <input type="checkbox"/>	
عابر <input type="checkbox"/>		چاده ای <input type="checkbox"/>		خودکشی <input type="checkbox"/>		برق گرفتگی <input type="checkbox"/>		سرمکلوردگی <input type="checkbox"/>	
راهنده <input type="checkbox"/>		خودرو سبک <input type="checkbox"/>		گرمای زدگی <input type="checkbox"/>		حیوان گریزدگی <input type="checkbox"/>		گزش حشرات، گززدگان <input type="checkbox"/>	
سرنشین <input type="checkbox"/>		خودرو سنگین <input type="checkbox"/>		سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/>		شیمیایی <input type="checkbox"/>		ملیعات داغ <input type="checkbox"/>	
نا مشخص <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"/>		همتراز <input type="checkbox"/>		غیر همتراز <input type="checkbox"/>	
- <input type="checkbox"/>		سایر <input type="checkbox"/>		تروما در اثر یخبندان <input type="checkbox"/>		تروما در اثر یخبندان <input type="checkbox"/>		تروما در اثر یخبندان <input type="checkbox"/>	
سایر <input type="checkbox"/>		سایر <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 115

تاریخ مهوریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6605273

کد آمبولانس : 6063

نتیجه مهوریت	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"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	iv	1.000	رانیتیدین	-	<input type="checkbox"/> مافیتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مهوریت کادپ / مهوریت اشتباه						<input checked="" type="checkbox"/> نبرج حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	هستورات :	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بنسمن و منترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا	=====	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملساز هسه سیفه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تکفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکبیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> تکس سنون فرات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشاوره لارم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> استقرار									
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی									
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی									
برگشت نامه									
شماره برگشت نامه					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 ملحوظات مهوریت				مرکز درمانی			
		<p>کدم بدون سلبه بیماری که در حال حاضر دچار با خانواده در خیابان تردد داشته اند که بعد از استفسار گار اسپری پلیس دچار درد شکمی شده اند علامت حیاتی چک شد معاینات بالینی انجام شد بیمار چست بین تعریق ندارد معاینات نورولوژی و فورس اندام ها نرمال است با رگ باز و هوشیاری کامل تحویل بیمارستان گردید.</p>				نام مرکز درمانی		شیرازگر	
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی		19:36	
						نام پزشک تحویل گیرنده		بیمارستان شیرازگر	
						کد پزشک تحویل گیرنده		10006	
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			

شورای ملی مقاومت

کمیسیون امنیت و ضد تروریسم

۲۲ خرداد ۹۹ (۱۱ ژوئن ۲۰۲۰)