



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

تاریخ مصوریت: 1398/8/26
شماره سریال پرونده: X6605444/09
کد آمبولانس: 6002

تاریخچه پزشکی بیمار					تاریخچه داروی مصرفی				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فیلبت	سابقه جراحی	آسم	بیماریهای قلبی	تغییرات فشار خون	سکته مغزی	سابقه مغزی	سوء مصرف مواد	مغولیت	حساسیت دارویی یا ذکر نام #
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سابقه بدخیمی	مشکلات گوارشی	مشکلات کلیوی	روائی	سابقه تروما	سابقه تروما	سابقه تروما	سابقه تروما	سابقه تروما	سابقه تروما
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماریهای خاص	مشکلات کلیوی	مشکلات کلیوی	مشکلات کلیوی	مشکلات کلیوی	مشکلات کلیوی	مشکلات کلیوی	مشکلات کلیوی	مشکلات کلیوی	مشکلات کلیوی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رئوی	صبرع	صبرع	صبرع	صبرع	صبرع	صبرع	صبرع	صبرع	صبرع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سایر	بیماریهای عفونی	بیماریهای عفونی	بیماریهای عفونی	بیماریهای عفونی	بیماریهای عفونی	بیماریهای عفونی	بیماریهای عفونی	بیماریهای عفونی	بیماریهای عفونی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
علامه حیاتی									
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
19:52:26	18	140/100	90	90	96	4	5	6	15
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مژگنها		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
نرمال	سمع	نرمال	نرمال	نرمال	سمع	نرمال	نرمال	نرمال	نرمال
<input type="checkbox"/>	صدای صفی	زال	زال	زال	سمع	ذیلاته	ذیلاته	ذیلاته	ذیلاته
<input checked="" type="checkbox"/>	منتظم	منتظم	منتظم	منتظم	ریتم	میوتیک	میوتیک	میوتیک	میوتیک
<input type="checkbox"/>	نا منتظم	نا منتظم	نا منتظم	نا منتظم	ریتم	بدون پاسخ	بدون پاسخ	بدون پاسخ	بدون پاسخ
تروما									
عملیات رهنماری بر روی صدمه :					قبل از رسیدن تکلیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین <input type="checkbox"/>				
نوع تروما :					نوع تروما :				
نوع ضایعه					نوع ضایعه				
قلب		چنو		تغییر شکل		تغییر شکل		تغییر شکل	
23		23		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
				پاره شدگی		شکستگی باز		شکستگی بسته	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
				قطع عضو		بیض هیستال دارد		بیض هیستال ندارد	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
				درجه سوختگی :-		کوفتگی		کوفتگی	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
				درصد سوختگی :-		سوراخ شدگی		سوراخ شدگی	
				<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
				خونریزی		بریدگی		بریدگی	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
				ضایعه حساس		ضایعه حرکتی		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 : X6605444/09

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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کاذب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اکذا اعضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> بقی 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
پرانت نامه										
شماره پرانت نامه										
اینجانب خدمت آقای										
نام و نام خانوادگی شاگرد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد				علت عدم پذیرش			
محل احضا و اثر انگشت شاگرد			محل احضا و اثر انگشت ارشد				محل احضا و اثر انگشت			
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی			
							نام مرکز درمانی			
							تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی			
							21:34			
							نام پزشک تحویل گیرنده			
							بیمارستان فیروزگر			
							کد پزشک تحویل گیرنده			
							10006			
							<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			

یادآوری: نام شهید جاوید میرزایی قبلاً در اطلاعیه دبیرخانه شورای ملی مقاومت ایران به تاریخ ۱۵ آذر ۹۸ به شماره ۷ اعلام شده بود.

سند شماره 2- تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۶۰۰۲، نام و نام خانوادگی محمد ملکی، سن ۲۳ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات جاده وهن آباد ورودی رباط کریم دور بنزید زیر پل به سمت اتوبان مستقر شوید.... هماهنگی با آقای قائمی / اعزام به بیمارستان فیروزگر، ساعت ۲۱ و ۲۵ دقیقه

علائم: ضعف و بیحالی / خشونت / سوراخ شدگی / ضایعه حسی / ضایعه حرکتی



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6605444/03

کد آمبولانس: 6002

مشخصات عمومی بیمار						
نام و نام خانوادگی	محل سکونت	جنس:	ملیت	تلفن شخصی	تلفن صلی	آدرس محل فوریت
محملمکی	23 سال	مرد	ایرانی	09127291087	0	0
شکلیت اصلی بیمار	شکلیت ثانویه	تاریخ تولد	کد ملی	کد پرسنل آمبولانس	کیلومتر آمبولانس	ثابت زمان
0	0	0	0	730089	0	20:47:29
دریافت مأموریت	حرکت از پایگاه	رسیدن به محل فوریت	حرکت از محل فوریت	رسیدن به پایگاه	رسیدن به پایگاه	رسیدن به مرکز درمانی
09127291087	0	20:47:30	0	20:47:30	20:47:29	20:47:29
تلفن صلی	تلفن شخصی	تلفن آمبولانس	تلفن بیمار	تلفن بیمار	تلفن بیمار	تلفن بیمار
09127291087	0	0	0	0	0	0
نوع محل فوریت						
مسکونی	آموزشی	تنگی نفس	هوایی	تضعف و بیحالی	تشنج	ضرب و جرح
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سنگینی	مراکز درمانی	درد قفسه صدری	تاری دید	دردهای شکمی	تشنج	تشنج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ساکت ورزشی و تفریحی	تاری	تورم	تورم	تورم	تورم	تورم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
معبر ترافیکی آزاد راه	بزرگراه	سرگیجه	تپ و لرز	سهال	سکته مغزی	کاهش هوشیاری
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
راه اصلی	راه فرعی	گراموشی بعد از ضربه	سر درد	کوتیریزی	کاهش فشار	کاهش هوشیاری
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
راه روستایی		اختلال حسی و حرکتی	اختلال هوشیاری	اختلال روانی	اختلال روانی	اختلال روانی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سایر یا ذکر نام :-	سایر یا ذکر نام :-	سایر یا ذکر نام :-	سایر یا ذکر نام :-	سایر یا ذکر نام :-	سایر یا ذکر نام :-	سایر یا ذکر نام :-
علل حوادث						
حوادث مرتبط با حمل و نقل			حوادث مرتبط با حمل و نقل			
بسیجیت صنوم	وسيله نظيه	حرق شدگی در آب	انسداد راه هوایی	خشونت	سرمکوردگی	سرمکوردگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
کابل	جاده ای	گودکشی	برق گرفتگی	سرمکوردگی	سرمکوردگی	سرمکوردگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
راهنده	کودرو سبک	گرما زدگی	چوبان گردگی	گزش حشرات، گزندگان	گزش حشرات، گزندگان	گزش حشرات، گزندگان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سرنشین	کودرو سنگین	سوختگی جسم داغ	شیمیایی	ملیعات داغ	لکتیکی	لکتیکی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ناشخص	موتور	سمومیت	CO	دارو	مواد مخدر	مواد مخدر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سایر:	دوچرخه	زیر زمین	همتراز	همتراز	بزرگراه یا نیروی مکانیکی بیجان	بزرگراه یا نیروی مکانیکی بیجان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	سایر	تروما در اثر یکپندان			سایر	سایر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مصوریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6605444/03

کد آمبولانس : 6002

تاریخچه پزشکی بیمار						تاریخچه داروی مصرفی			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قبلی			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مطوئیت			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسیت دارویی با ذکر نام #			
علائم حیاتی									
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
19:36:02	14	100/70	100	145	97	4	5	6	15
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مریضها		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	R	<input type="checkbox"/>	L	اندازه	R	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	✓	✓	<input checked="" type="checkbox"/>	✓	نرمال	✓	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فیلاته	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	میوتیک	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بدون پلغ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
تروما									
نفاذ با ذکر علت آسیب					عملیات رها سازی بر روی صدموم :				
بلات با ذکر علت آسیب					در حضور تکبیسین				
توابع ضربه									
	عقب		جلو	<input type="checkbox"/>	پاره شدگی	<input type="checkbox"/>	شکستگی باز	<input type="checkbox"/>	تغییر شکل
	24		7	<input type="checkbox"/>	قطع عضو	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	کراشیدگی
				<input type="checkbox"/>	برجه سوختگی :-	<input type="checkbox"/>	ندارد	<input type="checkbox"/>	تدریس
				<input type="checkbox"/>	نرسد سوختگی :-	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	له شدگی
				<input type="checkbox"/>	خوابدگی	<input checked="" type="checkbox"/>	سوراخ شدگی	<input type="checkbox"/>	فورم
				<input checked="" type="checkbox"/>	ضربه حساس	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	در رفتگی
				<input checked="" type="checkbox"/>	ضربه حرکتی	<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 : X6605444/03

کد آمبولانس : 6002

نتیجه مهوریت	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"/> 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 type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر												
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکبیسین												
<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												
بررنت نامه												
شماره بررنت نامه						اینجانب خدمت آقای						
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکبیسین ارشد			علت عدم پذیرش						
محل اعضا و اثر انگشت شاهد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت						
اقلام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مهوریت			مرکز درمانی						
						نام مرکز درمانی						
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی						
						21:25						
						نام پزشک تحویل گیرنده						
						بیمارستان فیروزگر						
						کد پزشک تحویل گیرنده						
						10006						
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت						

یادآوری: نام شهید محمد ملکی قبلاً در اطلاعیه دبیرخانه شورای ملی مقاومت ایران به تاریخ ۷ اسفند ۹۸ به شماره 1 اعلام شده بود.

سند شماره ۳- تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸ ، کد آمبولانس ۴۱۶۳ ، نام و نام خانوادگی: **مجهول الهویه** با شماره سریال پرونده X6600032 ، سن ۳۵ سال ، آدرس محل فوریت: اغتشاشات بابایی به غرب روبروی دانشگاه امام حسین بانک انصار آمبولانس / اعزام به مرکز درمانی بقیه‌الله [بیمارستان سپاه] علائم : **خشونت / تغییر شکل**



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6600032

کد آمبولانس: 4163

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی		مجهول الهویه		جنس:		مذکر <input checked="" type="checkbox"/>		شکایت اصلی بیمار CC	
حدود سن		35 سال		ماه		0		کد ملی	
آدرس محل فوریت		اغتشاشات بابایی به غرب روبروی دانشگاه امام حسین بانک انصار آمبولانس #							
تلفن اصلی		تلفن پشتیبانی		تلفن		تلفن		تلفن	
کیلومتر آمبولانس		کد پرسنل آمبولانس		نیت زمان					
کیلومتر حرکت		110048		کد تکمیلین ایشد		01:20:36		رسیدن به مرکز درمانی	
کیلومتر رسیدن به محل فوریت		610033		کد تکمیلین 1		01:20:38		تحویل به مرکز درمانی	
کیلومتر پایان مأموریت		0		کد تکمیلین 2		*****		پایان مأموریت	
کیلومتر رسیدن به پایگاه		-		راقدده امدادگر		*****		رسیدن به پایگاه	
کیلومتر سوختگیری		-		-		-		-	
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت			
<input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی <input type="checkbox"/> سبیر یا ذکر تام: سبیر			<input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی <input type="checkbox"/> سبیر یا ذکر تام: سبیر			<input checked="" type="checkbox"/> آموشی <input type="checkbox"/> مراکز درمانی <input type="checkbox"/> تفریح <input type="checkbox"/> بزرگراه <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه روستایی <input type="checkbox"/> سبیر یا ذکر تام: -			
علل حوادث									
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
<input checked="" type="checkbox"/> خشونت <input type="checkbox"/> سرمفلورگی <input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان <input type="checkbox"/> حریق <input type="checkbox"/> سموم <input type="checkbox"/> لکل <input type="checkbox"/> سبیر					<input type="checkbox"/> تسداد راه هوایی <input type="checkbox"/> برق گرفتگی <input type="checkbox"/> حیوان گردگی <input type="checkbox"/> شیمیایی <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> دارو <input type="checkbox"/> مایعات داغ <input type="checkbox"/> لکتزیکسی <input type="checkbox"/> سبیر				
<input type="checkbox"/> حریق 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"/> زیر زمینی <input type="checkbox"/> تروما در اثر بکشدان <input type="checkbox"/> سبیر					<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه <input type="checkbox"/> چاده ای <input type="checkbox"/> خودرو سبک <input type="checkbox"/> خودرو سنگین <input type="checkbox"/> موتور <input type="checkbox"/> دوچرخه <input type="checkbox"/> سبیر				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مصوریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6600032

کد آمبولانس : 4163

تاریخچه داروی مصرفی										تاریخچه پزشکی بیمار									
بیماریهای قلبی					آسم					سابقه جراحی					تیبلیت				
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
تغییرات فشار خون					سکته مغزی					مشکلات گوارشی					سابقه بدکیمی				
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
سوء مصرف مواد					روائی					مشکلات کلیوی					بیماریهای خاص				
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
مغولیت					سابقه تروما					صبرج					زبوی				
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
حساسیت دارویی یا ذکر نام -										<input type="checkbox"/>									
علامه حیاتی																			
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15										
01:22	20	100/60	80	-	97	4	5	6	15										
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-										
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-										
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-										
بررسی قلب و عروق					بررسی ریه					بررسی مریکها									
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی					L <input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> باثدم طولانی / ویز					R <input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی <input type="checkbox"/> ریتم <input type="checkbox"/> ریتم					اندازه				
															<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> فیالته <input type="checkbox"/> میوتیک <input type="checkbox"/> بدون پاسخ				
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم					<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم					<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم									
تروما																			
<input type="checkbox"/> نشه با ذکر علت آسیب <input checked="" type="checkbox"/> انواع تروما : <input checked="" type="checkbox"/> باهت با ذکر علت آسیب										<input checked="" type="checkbox"/> عملیات رهنساری بر روی صدموم : <input type="checkbox"/> قبول از رسیدن تکلیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین									
انواع ضلیعه																			
										<input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> برجه سوختگی : - <input type="checkbox"/> درصد سوختگی : - <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> ضلیعه حسسی <input type="checkbox"/> ضلیعه حرکتی					<input checked="" type="checkbox"/> تغییر شکل <input type="checkbox"/> کراشیدگی <input checked="" type="checkbox"/> قدرتنس <input type="checkbox"/> له شدگی <input type="checkbox"/> تورم <input type="checkbox"/> در رفتگی				



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6600032

کد آمبولانس: 4163

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"/> مفلتورینگ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکنین	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کاذب / مأموریت اشتباه	هستورات:	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> بنسنان و کنترل خونریزی	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	=====	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> منساز 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"/>	<input checked="" type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> تکس سنون فترات	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشاوره لارم	<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 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				
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی				
			هست رست شده اقدامات لازم انجام شده به بیمارستان منتظرا، شد			نام مرکز درمانی بقیه الله تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی				
						نام پزشک تحویل گیرنده				
						کد پزشک تحویل گیرنده				
						تحویل بدون رضایت <input type="checkbox"/>				

سند شماره ۴ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۴۱۶۳، نام و نام خانوادگی: مجهول الهویه با شماره سریال پرونده X6600032/05، سن ۳۰ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات بابایی به غرب روبروی دانشگاه امام حسین بانک انصار آمبولانس / اعزام به مرکز درمانی بقیه الله [بیمارستان سپاه]
علائم: سردرد، تب و لرز / درد قفسه صدری / ضرب و جرح



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

تاریخ مأموریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6600032/05

کد آمبولانس : 4163

مشخصات عمومی بیمار										
شکایت اصلی بیمار CC *****		جنس : <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص	ملیت <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی	نام و نام خانوادگی مجهول لهویه		خود سن سال 30 سال		ماه 0		کد ملی 0
آدرس محل فوریت مختصات بلایی به غرب روپروی دانشگاه امام حسین بنک کصار امپولانس #				تلفن اصلی *****		تلفن پشتیبانی *****				
کیلومتر آمبولانس		کد پرسنل آمبولانس		نیت زمان						
کیلومتر حرکت *****	110048	کد تکمیلین ارشد	01:20:36	رسیدن به مرکز درمانی	*****	دریافت مأموریت				
کیلومتر رسیدن به محل فوریت *****	610033	کد تکمیلین 1	01:20:38	تحویل به مرکز درمانی	*****	حرکت از پایگاه				
کیلومتر پایان مأموریت *****	0	کد تکمیلین 2	*****	پایان مأموریت	*****	رسیدن به محل فوریت				
کیلومتر سوختگیری *****	-	راهنده امدادگر	*****	رسیدن به پایگاه	*****	حرکت از محل فوریت				
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت				
<input checked="" type="checkbox"/> ضرب و جرح	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> غشی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> دوپیتی	<input type="checkbox"/> تنگی نفس	<input checked="" type="checkbox"/> آموژی	<input type="checkbox"/> مسکونی			
<input type="checkbox"/> بیسپردیت	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> تنفسی	<input type="checkbox"/> درخشکی	<input checked="" type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی	<input type="checkbox"/> صنعتی			
<input type="checkbox"/> درد شکمی	<input type="checkbox"/> مایوگیسمی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> بیوشش گذرا	<input type="checkbox"/> تعریق	<input type="checkbox"/> آداری	<input type="checkbox"/> اماکن ورزشی و تفریحی			
<input type="checkbox"/> زوال کولیک	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> سکنه مغزی	<input checked="" type="checkbox"/> مهال	<input type="checkbox"/> تب و لرز	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> بزرگراه	<input type="checkbox"/> معبر ترافیکی آزاد راه			
<input type="checkbox"/> آریمان	<input type="checkbox"/> مایوگیسمی	<input type="checkbox"/> کاهش فشار	<input checked="" type="checkbox"/> تریزی	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> فراموشی بعد از ضربه	<input type="checkbox"/> راه فرعی	<input type="checkbox"/> راه اصلی			
<input type="checkbox"/> سقط	<input type="checkbox"/> صاهات	<input type="checkbox"/> اختلال رویی	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> راه روستایی					
سایر :-			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"/> آسداد راه هوایی	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی	<input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب	<input type="checkbox"/> خودکشی	<input type="checkbox"/> هوایی	<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه	<input type="checkbox"/> وضعیت مصوم			
<input type="checkbox"/> سرمگوردگی	<input type="checkbox"/> برقی گرفتگی	<input type="checkbox"/> گزش حشرات ، گزندگان	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> دریاپی	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> خودرو سبک	<input type="checkbox"/> عبور			
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> لکتیکی	<input type="checkbox"/> حریق	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> ریسی	<input type="checkbox"/> خودرو سنگین	<input type="checkbox"/> سرنشین	<input type="checkbox"/> براننده			
<input type="checkbox"/> لکل	<input type="checkbox"/> موم	<input type="checkbox"/> مواد مکرر	<input type="checkbox"/> مسمومیت	<input type="checkbox"/> سطح زمینی	<input type="checkbox"/> موتور	<input type="checkbox"/> نامشخص	<input type="checkbox"/> سایر			
<input type="checkbox"/> برهورد با نیروی مکانیکی بیجان	<input type="checkbox"/> غیر همتراز	<input type="checkbox"/> همتراز	<input type="checkbox"/> سقوط	<input type="checkbox"/> زیر زمینی	<input type="checkbox"/> دوچرخه	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر			
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> تروما در اثر یکپدهان									



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

تاریخ مأموریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6600032/05

کد آمبولانس : 4163

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی		
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> مفلوتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR
<input type="checkbox"/> مأموریت کاذب / مأموریت اشتباه	هستورات :	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بانسمن و کنترل خونریزی
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	=====	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مسازگسه سیئه
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حملیت تکفسی
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس ستون فقرات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشاوره لارم
<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 یا خودروی شخصی		-	-	-	-			
برگشت نامه								
شماره برگشت نامه			ایجناب/خدم/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		
			آقا هستند تب و لرز سردرد و ضعف و بی حالی دارد یا اقدامات مذکور منتقل شد.			نام مرکز درمانی تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی بقیه الله		
						نام پزشک تحویل گیرنده		
						کد پزشک تحویل گیرنده		
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت		

سند شماره ۵ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۴۱۶۳، نام و نام خانوادگی: **مجهول الهویه** با شماره سریال پرونده **X6600032/02**، سن ۳۰ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات بابایی به غرب روبروی دانشگاه امام حسین بانک انصار آمبولانس / اعزام به مرکز درمانی بقیه الله [بیمارستان سپاه]

علائم: **خونریزی / خشونت / بریدگی**

توضیحات و ملاحظات مأموریت: آقا هستند دچار تروما [ضربه و جراحت] به سر شده اند اقدامات اولیه انجام شده به بیمارستان منتقل شد.



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6600032/02

کد آمبولانس: 4163

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی		مجهول الهویه حدودا 30		جنس:		مذکر <input checked="" type="checkbox"/>		شکایت اصلی بیمار CC	
حدود سن		30 سال		ماه		0		کد ملی	
آدرس محل فوریت		اغتشاشات بابایی به غرب روبروی دانشگاه امام حسین بانک انصار آمبولانس #							
تلفن اصلی		تلفن پشتیبانی		تلفن		تلفن		تلفن	
کیلومتر آمبولانس		کد پرسنل آمبولانس		ثبت زمان					
کیلومتر حرکت		110048		کد تکمیلین ارشد		01:20:36		رسیدن به مرکز درمانی	
کیلومتر رسیدن به محل فوریت		610033		کد تکمیلین 1		01:20:38		تحویل به مرکز درمانی	
کیلومتر پایان مأموریت		0		کد تکمیلین 2		*****		پایان مأموریت	
کیلومتر سوختگیری		-		راننده مردادگر		*****		رسیدن به پایگاه	
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت			
<input type="checkbox"/> سرخ و چرخ <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> هوشیاری <input type="checkbox"/> معف و بیحالی <input type="checkbox"/> هوشیاری <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input checked="" type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/> آموزش			<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون <input type="checkbox"/> درخشکی <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> بیهوشی گذرا <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> بزرگراه <input type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه روستایی			<input type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه روستایی			
<input type="checkbox"/> دردی شکمی <input type="checkbox"/> هلیپر گلیسمی <input type="checkbox"/> کلاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> زغال کوبیک <input type="checkbox"/> راپیان <input type="checkbox"/> راه روستایی			<input type="checkbox"/> سینه و بیدانی <input type="checkbox"/> سکنه مغزی <input type="checkbox"/> سهال <input type="checkbox"/> گشاده <input checked="" type="checkbox"/> گشاده <input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی			<input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی			
سایر: -			سایر: -			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"/> آسناد راه هوایی <input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب <input type="checkbox"/> وسیله نقلیه <input type="checkbox"/> وضعیت صندوق					<input type="checkbox"/> برقی گرفتگی <input type="checkbox"/> خودکشی <input type="checkbox"/> جاده ای <input type="checkbox"/> عبور				
<input type="checkbox"/> سرملگردگی <input type="checkbox"/> برقی گرفتگی <input type="checkbox"/> گرم زدگی <input type="checkbox"/> خودرو سبک <input type="checkbox"/> براننده					<input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان <input type="checkbox"/> حیوان گردگی <input type="checkbox"/> خودرو سنگین <input type="checkbox"/> سر نشین				
<input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> حریق <input type="checkbox"/> لکتريکی <input type="checkbox"/> مایعات داغ <input type="checkbox"/> شیمیایی <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> ریختی <input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> سموم <input type="checkbox"/> مواد مکرر <input type="checkbox"/> دارو <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> سمومیت <input type="checkbox"/> سطح زمین <input type="checkbox"/> موتور				
<input type="checkbox"/> بر خورد با نیروی مکانیکی بیجان <input type="checkbox"/> غیر همتراز <input type="checkbox"/> سقوط <input type="checkbox"/> زیر زمینی <input type="checkbox"/> نوچرخه <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 مقرریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6600032/02

کد آمبولانس: 4163

تاریخچه پزشکی بیمار					تاریخچه داروی مصرفی							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
فیجیت	سابقه جراحی	آسم	بیماریهای قلبی	تغییرات فشار خون	سابقه بدگیمی	مشکلات گوارشی	سکته مغزی	سوء مصرف مواد	مغولیت	دارد		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
مشکلات کلیوی	مشکلات گوارشی	روائی	سابقه تروما	حصصیت دارویی یا ذکر نام #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
بیماریهای خاص	سرع	سابقه تروما	بیماریهای عفونی		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
رئوی	سابقه بدگیمی				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
سایر					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
علامه حیاتی												
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15			
01:27:37	18	100/60	80	-	97	4	5	6	15			
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-			
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-			
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-			
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه			بررسی مرفکها						
<input checked="" type="checkbox"/>	سمع	L	R	L	R	اندازه						
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	اندامه	اندامه					
<input type="checkbox"/>	صدای صفی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نرماله	نرماله	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیلاته	میوتیک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بدون پاسخ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
تروما												
عملیات رهسازی بر روی صدموم: <input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین <input type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکلیسین <input checked="" type="checkbox"/>												
انواع تروما: <input type="checkbox"/> نافذ با ذکر علت آسیب <input checked="" type="checkbox"/> بالنت با ذکر علت آسیب												
نواع ضایعه												
	عقب	1		جلو	<input type="checkbox"/>	پاره شدگی	<input type="checkbox"/>	شکستگی با	<input type="checkbox"/>	تغییر شکل		
					<input type="checkbox"/>	قطع عضو	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	شکستگی با	<input type="checkbox"/>	خراشیدگی
					<input type="checkbox"/>	درجه سوختگی: -	<input type="checkbox"/>	ندارد	<input checked="" type="checkbox"/>	سین دیستان دارد	<input checked="" type="checkbox"/>	قدرنس
					<input type="checkbox"/>	درصد سوختگی: -	<input type="checkbox"/>	کوفتگی	<input type="checkbox"/>	کوفتگی	<input type="checkbox"/>	له شدگی
					<input type="checkbox"/>	کوفتگی	<input type="checkbox"/>	سوراخ شدگی	<input checked="" type="checkbox"/>	سوراخ شدگی	<input checked="" type="checkbox"/>	تورم
					<input type="checkbox"/>	ضایعه حسسی	<input checked="" type="checkbox"/>	پریدگی	<input type="checkbox"/>	پریدگی	<input type="checkbox"/>	در رفتگی
<input type="checkbox"/>	ضایعه حرکتی											



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6600032/02

کد آمبولانس: 4163

نتیجه مأموریت	مأموره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی		
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشکی	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> مانیتورینگ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت اشتباه	هستورات:	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> بسمان و کنترل خونریزی
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	*****	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخطا اعضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مساز فکسه سیئه
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگر دن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حملیت تکفسی
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون فترات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشوره لارم
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-			
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-			
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی		-	-	-	-			
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی		-	-	-	-			
برانت نامه								
شماره برانت نامه			اینجانب خدمت آقای					
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			علت عدم پذیرش		
محل اعضا و اثر انگشت شاهد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت		
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی		
			آقا هستند دچار تروما به سر شده اند. اقدامات اولیه انجام شد. به بیمارستان منتقل شد.			نام مرکز درمانی بقیه الله تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی		
						نام پزشک تحویل گیرنده		
						کد پزشک تحویل گیرنده		
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت		

سند شماره ۶ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۴۱۶۳، نام و نام خانوادگی: **مجهول الهویه** با شماره سریال پرونده **X6600032/03**، سن ۳۰ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات بابایی به غرب روبروی دانشگاه امام حسین بانک انصار آمبولانس / اعزام به مرکز درمانی بقیه‌الله [بیمارستان سپاه]
 علائم: **ضرب و جرح**



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/25
 شماره سریال پرونده: X6600032/03
 کد آمبولانس: 4163

مشخصات عمومی بیمار									
شکایت اصلی بیمار CC		جنس:		ملیت		نام و نام خانوادگی		مجهول الهویه	
*****		<input type="checkbox"/> مؤنث		<input checked="" type="checkbox"/> ایرانی		حدود سن		30 سال	
		<input checked="" type="checkbox"/> مذکر		کد ملی		ماه		0	
		<input type="checkbox"/> نامشخص		تلفن پزشکی		آدرس محل فوریت		اغتشاشات بابایی به غرب روبروی دانشگاه امام حسین بانک انصار آمبولانس #	
				تلفن اصلی				*****	
کیلومتر آمبولانس		کد پرسنل آمبولانس		ثابت		کیلومتر حرکت		110048	
*****		*****		01:20:36		دریافت مأموریت		*****	
کیلومتر رسیدن به محل فوریت		کد تکمیلین ارشد		رسیدن به مرکز درمانی		*****		*****	
*****		610033		01:20:38		حرکت از پایگاه		*****	
کیلومتر پایان مأموریت		کد تکمیلین 1		تحويل به مرکز درمانی		*****		*****	
*****		0		*****		رسیدن به محل فوریت		*****	
کیلومتر رسیدن به پایگاه		کد تکمیلین 2		پایان مأموریت		*****		*****	
کیلومتر سوختگیری		راهنده امدادگر		رسیدن به پایگاه		*****		*****	
*****		-		*****		*****		*****	
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت			
<input checked="" type="checkbox"/> ضرب و جرح			<input type="checkbox"/> تشنج			<input checked="" type="checkbox"/> تنگی نفس			
<input type="checkbox"/> تب			<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ			<input type="checkbox"/> تاری دید			
<input type="checkbox"/> سردرد			<input type="checkbox"/> کلهش فشار خون			<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری			
<input type="checkbox"/> سرگیجه			<input type="checkbox"/> کلهش هوشیاری			<input type="checkbox"/> تپ و لرز			
<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری			<input type="checkbox"/> کلهش فشار			<input type="checkbox"/> سرگیجه			
<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی			<input type="checkbox"/> اختلال روی			<input type="checkbox"/> راه اصلی			
<input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام :-			<input type="checkbox"/> سایر :-			<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"/> کشورت					<input type="checkbox"/> عرق شدگی در آب				
<input type="checkbox"/> سرم خوردگی					<input type="checkbox"/> هوای جاده ای				
<input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان					<input type="checkbox"/> گرما زدگی				
<input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ				
<input type="checkbox"/> سموم					<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ				
<input type="checkbox"/> لکل					<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ				
<input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ				
<input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6600032/03

کد آمبولانس: 4163

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی				
		کد پزشک	نحوه تجویز	نوع	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک : هستورات : =====	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مفلتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه برآمده به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> نوبه گذاری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بفسان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملساز هسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سونوگرا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> نیکس سنون فرات	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	-				
<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 تکنیسین 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 مأموریت			مرکز درمانی				
						نام مرکز درمانی				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی				
						نام پزشک تحویل گیرنده				
						کد پزشک تحویل گیرنده				
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت				

سند شماره ۷- تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۴۱۶۳، نام و نام خانوادگی: **مجهول الهویه** با شماره سریال پرونده X6600032/04، سن ۳۰ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات بابایی به غرب روبروی دانشگاه امام حسین بانک انصار آمبولانس / اعزام به مرکز درمانی بقیه‌الله [بیمارستان سپاه]

علائم : **خشونت**

توضیحات و ملاحظات مأموریت : آقا هستند دچار درد و تندرns در پاها از زانو به پایین بدنbal تروما [ضربه و جراحت]



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6600032/04

کد آمبولانس : 4163

مشخصات عمومی بیمار		نام و نام خانوادگی		مجهول الهویه	
شکایت اصلی بیمار CC	جنس : <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص	ملیت <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی	کد ملی	0	0
ماه	0	سال	30	سال	30
آدرس محل فوریت		اغتشاشات بابایی به غرب روبروی دانشگاه امام حسین بانک انصار آمبولانس #			
تلفن اصلی	تلفن پشتیبانی	*****			
ثابت زمان		کد پرسنل آمبولانس		کیلومتر آمبولانس	
دریافت مأموریت	01:20:36	کد تکبیسین ارشد	110048	کیلومتر حرکت	*****
حرکت از پایگاه	01:20:38	کد تکبیسین 1	610033	کیلومتر رسیدن به محل فوریت	*****
رسیدن به محل فوریت	*****	کد تکبیسین 2	0	کیلومتر پایان مأموریت	*****
حرکت از محل فوریت	*****	راهنما بعد از کار	-	کیلومتر سوختگیری	*****
نوع محل فوریت		علائم همراه		تشخیص اولیه بیماری	
مسکونی	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> لویچی	ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> گیجی <input type="checkbox"/> تشنج	ضرب و جرح	<input type="checkbox"/> ضرب و جرح
سنگینی	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری <input type="checkbox"/> تازی دید	درهشکمی	<input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	هیستریک	<input type="checkbox"/> هیستریک
ساکن ورزشی و تفریحی	<input type="checkbox"/> تفریح <input type="checkbox"/> داری	تهوع و استفراغ	ضعف و بیحالی	درد شکمی	<input type="checkbox"/> درد شکمی
معتبر ترافیکی آزاد راه	<input type="checkbox"/> بزرگراه <input type="checkbox"/> سرگذجه	سهمال	سکته مغزی	کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری
راه اصلی	<input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> فراموشی بعد از ضربه	هونریزی	کاهش فشار	تایمان	<input type="checkbox"/> تایمان
راه روستایی	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	اختلال هوشیاری	اختلال روانی	صافات	<input type="checkbox"/> سقط
سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-		سایر :-	
علل حوادث					
حوادث مرتبط با حمل و نقل			حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل		
وضعیت صندوق	وسایله نظیه	غرق شدگی در آب	انسداد راه هوایی	کشتوت	<input checked="" type="checkbox"/>
غیر	چاده ای	خودکشی	برق گرفتگی	سرملگردگی	<input type="checkbox"/>
رافته	خودرو سبک	گرما زدگی	حیوان گردگی	گزش حشرات، خزندگان	<input type="checkbox"/>
سرنشین	خودرو سنگین	سختگی جسم داغ	شیمیایی	میعات داغ	<input type="checkbox"/>
نامشخص	موتور	سمومیت	سمومیت	سمومیت	<input type="checkbox"/>
سایر:	موتور	زیر زمین	سقوط	همتراز	<input type="checkbox"/>
-	سایر	تروما در اثر یخبندان	تروما در اثر یخبندان	سایر	<input type="checkbox"/>



تاریخچه داروی مصرفی										تاریخچه پزشکی بیمار																								
بیماریهای قلبی					آسم					سابقه جراحی					فیلبت																			
تغییرات فشار خون					سکته مغزی					مشکلات گوارشی					سابقه بدخیمی																			
سوء مصرف مواد					روائی					مشکلات کلیوی					بیماریهای خاص																			
مغولیت					سابقه تروما					صرع					ریدی																			
هسلسیت دارویی یا ذکر نام -										بیماریهای عفونی										سایر														
علامه حیاتی																																		
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15																									
01:32	16	120/70	88	-	97	4	5	6	15																									
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-																									
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-																									
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-																									
بررسی قلب و عروق					بررسی ریه					بررسی مژگنها																								
سمع <input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی					L <input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> بازدم طولانی / ویزر					R <input checked="" type="checkbox"/> سمع <input type="checkbox"/> ریتم					L <input checked="" type="checkbox"/> اندازه <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> دیلاته <input type="checkbox"/> میوتیک <input type="checkbox"/> بدون پلخ					R <input checked="" type="checkbox"/>														
																									ریتم <input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم									
تروما																																		
عملیات رهنمائی بر روی صدموم : <input checked="" type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکلیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین										انواع تروما : <input type="checkbox"/> تپه با ذکر علت آسیب <input checked="" type="checkbox"/> لاشه با ذکر علت آسیب																								
انواع ضایعه																																		
					عتب mt					جنو mt					تغییر شکل					<input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی بسته														
															کراشیدگی					<input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> لوله سوختگی -					<input type="checkbox"/> در دستال دارد <input type="checkbox"/> ندارد					<input checked="" type="checkbox"/> قدرنس				
															لکه شدگی					<input type="checkbox"/> لوله سوختگی - <input type="checkbox"/> لوله سوختگی -					<input type="checkbox"/> کوفتگی <input type="checkbox"/> سوخا شدگی					<input type="checkbox"/> سوخا شدگی				
															فورم					<input type="checkbox"/> کوفتگی <input type="checkbox"/> سوخا شدگی					<input type="checkbox"/> سوخا شدگی <input type="checkbox"/> سوخا شدگی					<input type="checkbox"/> سوخا شدگی				
															در رفتگی					<input type="checkbox"/> سوخا شدگی <input type="checkbox"/> سوخا شدگی					<input type="checkbox"/> سوخا شدگی <input type="checkbox"/> سوخا شدگی					<input type="checkbox"/> سوخا شدگی				
															<input type="checkbox"/> سوخا شدگی <input type="checkbox"/> سوخا شدگی					<input type="checkbox"/> سوخا شدگی <input type="checkbox"/> سوخا شدگی					<input type="checkbox"/> سوخا شدگی <input type="checkbox"/> سوخا شدگی					<input type="checkbox"/> سوخا شدگی				
															<input type="checkbox"/> سوخا شدگی <input type="checkbox"/> سوخا شدگی					<input type="checkbox"/> سوخا شدگی <input type="checkbox"/> سوخا شدگی					<input type="checkbox"/> سوخا شدگی <input type="checkbox"/> سوخا شدگی					<input type="checkbox"/> سوخا شدگی				



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6600032/04

کد آمبولانس: 4163

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"/> مانیفستورینگ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و نوسیدیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input checked="" 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"/> باسمن و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملساز فکسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input checked="" 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 تکلیفین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> نکس سنون فترات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی		-	-	-	-	-				
برگشت نامه										
شماره برگشت نامه					اینجانب خدمت آقای					
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکلیفین 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 مأموریت			مرکز درمانی				
			آقا هستند دچار درد و تقدنس در پهلوها از زانو به پایین پهنال تنوما			نام مرکز درمانی بقیه الله تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی				
						نام پزشک تحویل گیرنده				
						کد پزشک تحویل گیرنده				
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6604680

کد آمبولانس : 5134

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی	
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشکی	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مانیفستریک	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت پشتیبان	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	هستورات :	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا	=====	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/> VS
<input type="checkbox"/> استقرار	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس ستون فقرات	<input checked="" 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/اقای			
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			
		به علت نبود متبرکه پر شد و توضیحات دکل برگه میباشد		نام مرکز درمانی نهمان (دکل 305-243-294)			
				تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی			
				نام پزشک تحویل گیرنده			
				کد پزشک تحویل گیرنده			
				تحویل بدون رضایت <input type="checkbox"/>			

سند شماره ۹- تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۹۰۶۴، نام و نام خانوادگی: **مجهول الهویه** با شماره سریال پرونده **X6606831**

سن 25 سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات / اسلام شهر / اواسط ۲۰ متری امام خمینی

اعزام به مرکز درمانی بقیه‌الله، امام رضا (ع) اسلامشهر (سعیدیه)

علائم : **خشونت**

انواع ضایعه : **تغییر شکل**، خراشیدگی، تورم

توضیحات و ملاحظات مأموریت - آقا مجهول الهویه حدودا ۲۵ ساله در اغتشاشات دچار ترومای [ضربه و جراحت] نافذ سر از ناحیه تمپرال [گیجگاهی]

هر دو طرف شده اقدامات اولیه درمانی انجام شد به مرکز درمانی انتقال داده شد



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6606831

کد آمبولانس : 9064

مشخصات عمومی بیمار											
نام و نام خانوادگی		مجهول الهویه		جنس :		مذکر <input checked="" type="checkbox"/>		شکایت اصلی بیمار CC		خشونت	
حدود سن		سال 25		ماه 0		کد ملی 0		موت <input type="checkbox"/>		شکایت اصلی بیمار CC	
آدرس محل فوریت		اغتشاشات / اسلام شهر / اواسط 20 متری امام خمینی / موتورلانس آمبولانس		تلفن پزشکی		تلفن اصلی		نا مشخص <input type="checkbox"/>		شکایت اصلی بیمار CC	
ثبت زمان				کد پرسنل آمبولانس				کیلومتر آمبولانس			
دریافت مأموریت		رسیدن به مرکز درمانی		19:48:20		کد تکبیسین اوشد		120184		کیلومتر حرکت	
حرکت از پایگاه		تحويل به مرکز درمانی		-		کد تکبیسین 1		730076		کیلومتر رسیدن به محل فوریت	
رسیدن به محل فوریت		پایان مأموریت		*****		کد تکبیسین 2		0		رسیدن به پایگاه	
حرکت از محل فوریت		رسیدن به پایگاه		*****		راننده امدادگر		-		کیلومتر سوختگیری	
نوع محل فوریت				علائم همراه				تشخیص اولیه بیماری			
مسکونی		آموزشی		تنگی نفس		دریغی		ضعف و بیحالی		قلبی	
سختی		مراکز درمانی		درد قفسه صدری		تاری دید		دردهای شکمی		تنفسی	
ساده روزنی و غیره		اداری		تعریق		بهبودی گذرا		تهوع و استفراغ		سبب و سبب	
معبر ترافیکی آزاد راه		بزرگراه		سرگیجه		تب و لرز		سهال		سکته مغزی	
راه اصلی		راه فرعی		قرموشی بعد از ضربه		سر درد		کاهش فشار		کاهش هوشیاری	
راه روستایی		لختلال حسی و حرکتی		لختلال حسی و حرکتی		لختلال هوشیاری		لختلال روانی		لختلال روانی	
سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-	
عقل حوادث											
حوادث مرتبط با حمل و نقل						حوادث مرتبط با حمل و نقل					
وضعیت صندوق		وسيله نظيه		غرق شدگی در آب		انسداد راه هوایی		خشونت		سختی	
عابر		چاده ای		خودکشی		برق گرفتگی		سرموردگی		سرموردگی	
راننده		خودروسبک		گرما زدگی		حیوان گردگی		گزش حشرات، خزندگان		گزش حشرات، خزندگان	
سرنشین		خودروسنگین		سختگی جسم داغ		شیمیایی		ملیعات داغ		لکتریکی	
نا مشخص		موتور		مسمومیت		CO		دارو		مواد مخدر	
سایر:		لوچرکه		زیر زمیني		سقوط		همتراز		غیر همتراز	
-		سایر		تروما در اثر یخبندان		تروما در اثر یخبندان		تروما در اثر یخبندان		تروما در اثر یخبندان	

سند انتقال جمعی ۱۳ مجروح با یک آمبولانس

که ۳ نفر از آنها فرار کردند

سند شماره ۱۰ - تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۹۰۰۱، نام و نام خانوادگی: مهدی بابایی، سن ۲۵ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات/ رباط کریم بیمارستان امام حسین بهارستان / اعزام به مرکز درمانی هفت تیر، ساعت: ۱۶ و ۵۸ دقیقه
علائم: خشونت

توضیحات و ملاحظات مأموریت: تعداد ۱۱ نفر مصدوم به همراه ۲ نفر از سه عدد کدهای شهرستان بهارستان در میدان الغدير تحویل گرفته شد / اسامی مصدومین: مهدی بابایی ۲۵ [ساله] / میثم شیری ۲۸ [ساله] / فرشید انصاری ۲۵ [ساله] / میلاد لطفی ۲۷ [ساله] / ارمان شهریاری ۲۸ [ساله] / سعید خانی ۲۷ [ساله] / حسین سلحشور ۲۶ [ساله] / اکبر داوودی ۳۰ [ساله] / ذوالفقار رحیمی ۲۲ [ساله] / جعفر مهدی زاده ۲۰ [ساله] / آرش پاداشی ۲۴ [ساله] / حامد حسن زاده / محمد مهدی اسفندیاری ۲۵ [ساله] / در ضمن دو نفر از این مصدومین سر صحنه / ۱۸ که قرار بر ۹۶ بیمارستان هفت تیر بود متواری شدند و یک مورد دیگر داخل بیمارستان همراه راکب موتور که منتظرش بود متواری شدند. و بقیه به بیمارستان هفت تیر منتقل شدند. اسامی این مصدومین از آقای میثم غریبی مسول اورژانس بهارستان گرفته شد به شماره تلفن 091125091523 دلیل اختلال در اینترنت و حوادث بصورت دستی بسته شد. [ساعت] ۱۸:۵۱



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6604779

کد آمبولانس: 9001

مشخصات عمومی بیمار		نام و نام خانوادگی: مهدی بابایی
شکایت اصلی بیمار: CC	جنس: <input type="checkbox"/> زن <input checked="" type="checkbox"/> مرد	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
حالت: <input type="checkbox"/> هوشیار <input checked="" type="checkbox"/> بیهوش	تاریخ تولد: 0 ماه 0 کد ملی	شماره پرونده: X6604779
وضعیت: <input type="checkbox"/> هوشیار <input checked="" type="checkbox"/> بیهوش <input type="checkbox"/> فاقد پاسخ	کد بیمار: 120243	کد آمبولانس: 9001
شماره تماس: 0	کد تکمیلی: 1	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
آدرس محل فوریت: اغتشاشات رباط کریم بیمارستان امام حسین بهارستان	کد تکمیلی: 2	شماره پرونده: X6604779
تلفن شخصی: 0	کد تکمیلی: 3	کد آمبولانس: 9001
تلفن خانگی: 0	کد تکمیلی: 4	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن همراه: 0	کد تکمیلی: 5	شماره پرونده: X6604779
تلفن بیمارستان: 0	کد تکمیلی: 6	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز فوریت: 0	کد تکمیلی: 7	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز درمانی: 0	کد تکمیلی: 8	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 9	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 10	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 11	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 12	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 13	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 14	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 15	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 16	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 17	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 18	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 19	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 20	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 21	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 22	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 23	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 24	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 25	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 26	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 27	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 28	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 29	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 30	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 31	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 32	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 33	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 34	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 35	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 36	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 37	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 38	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 39	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 40	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 41	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 42	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 43	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 44	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 45	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 46	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 47	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 48	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 49	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 50	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 51	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 52	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 53	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 54	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 55	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 56	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 57	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 58	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 59	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 60	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 61	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 62	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 63	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 64	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 65	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 66	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 67	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 68	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 69	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 70	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 71	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 72	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 73	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 74	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 75	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 76	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 77	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 78	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 79	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 80	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 81	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 82	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 83	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 84	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 85	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 86	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 87	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 88	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 89	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 90	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 91	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 92	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 93	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 94	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 95	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 96	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 97	تاریخ مأموریت: 1398/8/26
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 98	شماره پرونده: X6604779
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 99	کد آمبولانس: 9001
تلفن مرکز تخصصی: 0	کد تکمیلی: 100	تاریخ مأموریت: 1398/8/26



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/26
شماره سریال پرونده: X6604779
کد آمبولانس: 9001

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمسی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمسی	کد پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ملبیتورینگ	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمسی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کاذب / مأموریت اشتباه	هستورات:	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/> باستان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	=====	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمسی	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اجزا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/> منساز فکسه سیفه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگر فن	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> تکس سنون نرات	<input type="checkbox"/> مشاوره لارم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمسی		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی		-	-	-	-				
پرانت نامه									
شماره پرانت نامه					ایجناب خدم / آقای				
نام و نام خانوادگی شهید			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل اجزا و اثر انگشت شهید			محل اجزا و اثر انگشت ارشد			محل اجزا و اثر انگشت			
اقدام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمسی			
			<p>تعداد 1 نفر مصدوم به همراه 2 نفر همراه از 3 کد های شهیدستان بهارستان در میدان لایحه تحویل گرفته شد / پیوست اضافه ثبت شده // ساسی مصدومین مهدی بابایی / 25 میثم سنوری / 28 فریاد قصاری / 25 / دیوانه لطیفی / 27 / ارمین / شهریاری / 18 / سعید خلی / 27 / حسین سلحشور / 26 / اکبر داوودی / 30 / فرهاد رحیمی / 22 / جعفر مهدی زاده / 20 / ارباب یادگاری / 24 / حیدر حسن زاده مصدق مهدی / مصدومی / 25 / در ضمن دو نفر از این مصدومین سر مصدوم / 18 که تراب بر 96 بیمارستان خدمت غیر یقه منتهی شده و یک مورد دیگر داخل بیمارستان همراه و ادب موتور کله منتظرین یقه منتهی شده . داشته به بیمارستان شهدای ده تیر منتقل شده . ساسی این مصدومین از آقای میثم خریبی مسئول اورژانس بهارستان گرفته شده به شماره تماس 09125091523 و بطول لظائل در ایمنیت و خوات بصورت ضمنی بسته شده // 18:51</p>			نام مرکز درمسی			
شهدای هفتاد تیر									
تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمسی									
16:58									
نام پزشک تحویل گیرنده									
بیمارستان شهدای هفت تیر									
کد پزشک تحویل گیرنده									
10002									
تحویل بدون رضایت									

شورای ملی مقاومت
کمیسیون امنیت و ضد تروریسم
۱۵ تیر ۹۹ (۵ ژوئیه ۲۰۲۰)