



(سری چهارم اسناد انتقال مجروحان قیام آبان)

مشخصات و اسناد انتقال ۵ مجروح با گلوله‌های ساچمه‌ای و پلاستیکی به بیمارستان در تهران

در روزهای ۲۵ و ۲۶ و ۲۷ آبان ۱۳۹۸

نشاندنده به کار گرفتن انواع مهمات و گلوله‌های مرگبار برای سرکوب قیام دشمن ضدبشر

مزدوران یک پسر ۹ ساله را با گلوله پلاستیکی و یک پسر ۱۲ ساله را با گلوله ساچمه‌ای هدف قرار دادند

تذکر: منظور از «سوراخ شدگی» در این اسناد محل اصابت گلوله است

سند شماره ۱- تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۳۲۷۵، نام و نام خانوادگی پرهام پرویزی، سن ۹ سال، آدرس محل فوریت: خلیج شماره ۲/ چهار راه خلیج/ خیابان ولیعصر جنوبی/ ابوسعید غربی / خیابان شهید رجایی / روبه روی کارخانه رب/ پلاک ۲ / واحد همکف/ اعزام به بیمارستان ضیایان تهران، ساعت ۸ و ۴ دقیقه صبح
علائم: خونریزی / سوراخ شدگی توضیحات و ملاحظات مأموریت: مورد کودک ۹ ساله بدنبال اصابت گلوله پلاستیکی دچار ترومای نافذ بر روی ران چپ و پاشنه پای راست شده است. بعد از حضور بر بالین علائم حیاتی چک شد اقدامات اولیه انجام، خونریزی کنترل گردید و با هماهنگی پذیرش هوشیار تحویل بیمارستان شد. زمان حضور در بیمارستان بدلیل وجود کد ۳۲۳ و ۳۱۹۵ در پشت کد بوده که به ۵ اطلاع داده شد



سازمان اورژانس کشور  
استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6599481

کد آمبولانس: 3275

Medical report form with multiple sections including patient information, vital signs, physical examination, and medical history. The form is filled out with specific data for a patient named Peham Proozhi, 9 years old, with a gunshot wound to the right thigh.



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مصوریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6599481

کد آمبولانس : 3275

تاریخچه داروی مصرفی										تاریخچه پزشکی بیمار									
بیماریهای قلبی					آسم					سابقه جراحی					دیابت				
تغییرات فشار خون					سکته مغزی					مشکلات گوارشی					سابقه بدخیمی				
سوء مصرف مواد					روائی					مشکلات کلیوی					بیماریهای خاص				
مغولیت					سابقه تروما					صرع					رئوی				
# حساسیت دارویی یا ذکر نام										بیماریهای عفونی									
سایر																			
علامه حیاتی																			
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15										
22:14:46	16	110/70	80	-	96	4	5	6	15										
22:27:20	16	110/70	80	-	97	4	5	6	15										
22:43:52	16	120/80	80	-	97	4	5	6	15										
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-										
بررسی ریبه						بررسی مریضها						بررسی قلب و عروق							
L		R		L		R		اندازه		R		سمع		ریتم		صدای صافی		ریتم	
✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
□		□		□		□		□		□		□		□		□		□	
□		□		□		□		□		□		□		□		□		□	
□		□		□		□		□		□		□		□		□		□	
تروما																			
عملیات رهسازی بر روی صدموم :										قبل از رسیدن تکنیسین <input checked="" type="checkbox"/> در حضور تکنیسین <input type="checkbox"/>									
انواع تروما : <input checked="" type="checkbox"/> نهه با ذکر علت آسیب										لائت با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/>									
انواع ضایعه																			
تغییر شکل					شکستگی باار					پاره شدگی					جلو				
کمزایدگی					کپشن دیستال دارد					قطع عضو					عقب				
تدفرفس					تدارد					برجه سوختگی :-					36				
له شدگی					کوفتگی					برصد سوختگی :-					27				
قورم					سوراخ شدگی					کمزیری					36				
در رفتگی					پزیدگی					ضایعه حسی					36				
										ضایعه حرکتی					36				



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/25  
شماره سریال پرونده: X6599481  
کد آمبولانس: 3275

نتیجه مأموریت	مشلوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک					<input type="checkbox"/> مایتورینگ	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	iv	1.200	500-مال سلین	-	<input type="checkbox"/> تبرج حال و معینه	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت اشتباه	هستورات:	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رنگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/> بانسمن و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	=====	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/> ملساز هسه سینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سوگر دن	<input type="checkbox"/> حملیت 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"/> قوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ایکس 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 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 تکنیسین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل اعضا و اثر انگشت شاهد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت			
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی			
		مورد کودک 9ساله بهبیل اذیت گلوله پلاستیکی دچار ترومای نافذ بروی ران چپ و پاشنه پای راست شده است بعداز حضور بر باین علام حیاتی چک شد اقدامات اولیه انجام خونریزی کنترل گردید و با هماهنگی پذیرش هوشیار تحویل بیمارستان شد. زمان حضور در بیمارستان بهیل وجود کد 323 و 3195 در پشت کد بوده که به اطلاع داده شد-تحت ترافیک مسیر-				نام مرکز درمانی ضمیلیان تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 08:04 نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان ضمیلیان تهران کد پزشک تحویل گیرنده 5 تحویل بدون رضایت			

سند شماره ۲- تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۹۱۰۳، نام و نام خانوادگی طارق میاحی، سن ۲۵ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات در اسلامشهر / ۲۰ متری خمینی / روبروی مسجد امام علی النقی / اعزام به مرکز درمانی بقیه الله [بیمارستان سپاه] علائم: خراشیدگی

توضیحات و ملاحظات مأموریت: مورد آقا ۲۵ ساله بدنبال تروما با تیر پلاستیکی دچار خراشیدگی در گونه شده است خونریزی ندارد مورد غیر طبیعی در چشم دیده نمیشود به گفته بیمار محدودیت و تاری دید دارد.



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/26

شماره سریال پرونده: X6607301

کد آمبولانس: 9103

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی: بلال میاحی		جنس: <input type="checkbox"/> مونث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر		ملیت: <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی		شکلیت اصلی بیمار: CC		تلفن صلی: *****	
حدود سن: 25 سال		ماه: 0		کد ملی: 0		تلفن پشتیبانی: *****		آدرس محل فوریت: اغتشاشات+منطقه ۱ اسلامشهر / 20 متری امام خمینی / روبروی مسجد امام علی النقی / 1 صدوق / آمبولانس موتورلانس	
کیلومتر آمبولانس		کد پرسنل آمبولانس		ثبت زمان		تلفن صلی		تلفن پشتیبانی	
دریافت مأموریت		351020		21:51:14		*****		*****	
حرکت از پایگاه		350522		-		*****		*****	
رسیدن به محل فوریت		0		*****		*****		*****	
حرکت از محل فوریت		-		*****		*****		*****	
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت			
<input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری <input type="checkbox"/> تاری دید <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"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/> دردهای شکمی <input type="checkbox"/> سعال <input type="checkbox"/> کوفتگی <input type="checkbox"/> کوفتگی <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری			<input type="checkbox"/> آموشی <input type="checkbox"/> مراکز درمفی <input type="checkbox"/> تاری <input type="checkbox"/> بزرگراه <input checked="" type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه روستایی			
<input type="checkbox"/> ضرب و جرح <input type="checkbox"/> افزایش فشار خون <input type="checkbox"/> دردهای شکمی <input type="checkbox"/> رگال کولیک <input type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> سقط			<input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> افزایش فشار خون <input type="checkbox"/> دردهای شکمی <input type="checkbox"/> کلهش هوشیاری <input type="checkbox"/> کلهش فشار <input type="checkbox"/> اختلال روی <input type="checkbox"/> سلیز: تروما به چشم			<input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری <input type="checkbox"/> تاری دید <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"/> سلیز با ذکر نام: سلیز			
علل حوادث									
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
<input type="checkbox"/> خشونت <input type="checkbox"/> سرملوردگی <input type="checkbox"/> گزش حشرات، گزندگان <input type="checkbox"/> سلیز <input type="checkbox"/> سلیز					<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"/> سمومیت <input type="checkbox"/> سقوط <input type="checkbox"/> تروما در اثر یخزدان				
<input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی <input type="checkbox"/> برق گرفتگی <input type="checkbox"/> حیوان گردگی <input type="checkbox"/> شیخیلی <input type="checkbox"/> مایعات داغ <input type="checkbox"/> لکتریکی <input type="checkbox"/> سلیز <input type="checkbox"/> سلیز					<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"/> سلیز				





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

تاریخ مأموریت: 1398/8/26  
شماره سریال پرونده: X6607301  
کد آمبولانس: 9103

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 پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مانیفستریک	<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"/> CPR
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت پشتیبان	هستورات:	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/> بانسان و کنترل خونریزی
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	=====	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/> لوله گذاری
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/> مساز فکسه سینه
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/> حملیت تنفسی
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/> VS
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس ستون فقرات	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم
<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		-	-	-	-		
برانت نامه							
شماره برانت نامه				اینجانب خدمت/آقای			
نام و نام خانوادگی شاهد		نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد		علت عدم پذیرش			
محل اعضا و اثر انگشت شاهد		محل اعضا و اثر انگشت ارشد		محل اعضا و اثر انگشت			
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی	
		<p>مورد آقا 25 ساله به هیال تزوما با تیر پلاستیکی دچار <u>کراشیدگی در گونه شده است</u></p> <p>کوئربزی ندارد</p> <p>مورد غیر طبیعی در چشم دیده نمیشود</p> <p>به گفته بیمار محدودیت و تاری دید دارد</p> <p>پذیرش مرکز درمانی گرفته شده و منتقل گردید- جهت ترافیک مسیر-</p>				<p>نام مرکز درمانی</p> <p>باقیه الله</p> <p>تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی</p> <p>-</p> <p>نام پزشک تحویل گیرنده</p> <p>-</p> <p>کد پزشک تحویل گیرنده</p> <p>-</p> <p>تحویل بدون رضایت</p> <p><input type="checkbox"/></p>	

سند شماره ۳- تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۳۰۴۳، نام و نام خانوادگی میثم کاظمی، سن ۲۶ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات در منطقه/ میدان خراسان/ انتهای خیابان طیب/ ضلع جنوبی پارک بیسیم/ کلانتری ۱۵۹ بیسیم/ اعزام به مرکز درمانی هفتم تیر، ساعت ۴۷ دقیقه صبح (۰۰،۴۷)

علائم: ضرب و جرح / بریدگی

توضیحات و ملاحظات ماموریت: بیمار آقا به گفته ی خود جلوی مغازه خود بوده است که به دنبال اغتشاشات اقدام به بستن درب مغازه خود بوده است که به اشتباه توسط عوامل انتظامی دچار تیر خوردگی با تیر ساچمه ای به ساق پای چپ شده است قبل از رسیدن ما پانسمان و کنترل خونریزی را انجام داده بودند پذیرش انجام شد و بیمار به مرکز درمانی منتقل شد.



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6600352102

کد آمبولانس: 3043

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی: <b>میثم کاظمی</b>		ملیت: <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی		جنس: <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر		شکایت اصلی بیمار: <b>CC</b>		تلفن اصلی: *****	
حدود سن: <b>سال 26</b>		کد ملی: <b>0</b>		ماه: <b>0</b>		آدرس محل فوریت: <b>اغتشاشات منطقه / میدان خراسان / انتهای خیابان طیب / ضلع جنوبی پارک بیسیم / کلانتری 159 بیسیم / مصوم 115 / موبورانس 115</b>		تلفن پشتیبانی: *****	
کیلو متر آمبولانس		کد پرسنل آمبولانس		ثابت زمان		دریافت مأموریت		نوع محل فوریت	
کیلو متر حرکت	350451	کد تکمیلین ایشد	00:39:26	رسیدن به مرکز درمانی	*****	دریافت مأموریت	*****	تنگی نفس	<input type="checkbox"/> آموشی
کیلو متر رسیدن به محل فوریت	351282	کد تکمیلین 1	00:57:15	تحویل به مرکز درمانی	*****	حرکت از پایگاه	*****	تاری دید	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی
کیلو متر پایان مأموریت	0	کد تکمیلین 2	*****	پایان مأموریت	*****	رسیدن به محل فوریت	*****	بیوشی گذرا	<input checked="" type="checkbox"/> تخریب
کیلو متر سوختگیری	-	راقدده امدادگر	*****	رسیدن به پایگاه	*****	حرکت از محل فوریت	*****	تب و لرز	<input type="checkbox"/> تباری
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت			
<input checked="" type="checkbox"/> ضرب و جرح			<input type="checkbox"/> تشنج			<input type="checkbox"/> مسکونی			
<input type="checkbox"/> هیستریک			<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون			<input type="checkbox"/> معنی			
<input type="checkbox"/> درد شکمی			<input type="checkbox"/> مایوگیسمی			<input type="checkbox"/> امکان ورزشی و تفریحی			
<input type="checkbox"/> زوال کولیک			<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری			<input type="checkbox"/> معبر نریستی آزاد راه			
<input type="checkbox"/> زایمان			<input type="checkbox"/> مایوگیسمی			<input type="checkbox"/> راه اصلی			
<input type="checkbox"/> سقط			<input type="checkbox"/> اختلال روانی			<input type="checkbox"/> راه روستایی			
سایر: -			سایر: -			سایر یا ذکر نام: -			
علل حوادث									
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
<input type="checkbox"/> کشونت					<input type="checkbox"/> وسيله نظيه				
<input type="checkbox"/> سرموردگی					<input type="checkbox"/> جاده ای				
<input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان					<input type="checkbox"/> خودرو سبک				
<input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> کودرو سنگین				
<input type="checkbox"/> مسموم					<input type="checkbox"/> موتور				
<input type="checkbox"/> بركورد با نیروی مکانیکی بیجان					<input type="checkbox"/> دوچرخه				
<input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> سایر				











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

تاریخ مأموریت: 1398/8/26  
شماره سریال پرونده: X6608314  
کد آمبولانس: 5134

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی		
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشکی	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مانیفستریک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کاذب / مأموریت اشتباه	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	هستورات:	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> بسمان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا	=====	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> حملیت تنفسی	<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 checked="" type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مشاوره لارم	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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		
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی		
		بیمار به دلیل تروما به پا دچار آسیب شده است. هوشیار است. به گفته خودش در حین رفتن به منزل بوده است که تیر سلجمه ای به پایش کورده است. خونریزی در حال حاضر ندارد. بیمار در محل حادثه نبود. پسمان شد و به بیمارستان منتقل شد				نام مرکز درمانی نهمان (دکلی 305-243-294)		
		بافت قطع بودن اینترت بیمارستان زمان. یادی منتظر بودیم که در نهایت با برگه کاغذی بیمار تحویل داده شد				تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی		
						نام پزشک تحویل گیرنده		
						کد پزشک تحویل گیرنده		
						تحویل بدون رضایت		

سند شماره ۵- تاریخ مأموریت ۲۷ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۴۰۵۳، نام و نام خانوادگی ابوالفضل کوره زری، سن ۱۲ سال، آدرس محل فوریت: منطقه ۴ / تهرانپارس / خیابان جشنواره / خیابان شهید نقدی / پلاک ۱۲۲ / طبقه همکف  
 علائم: تیر خوردگی (ساجمه ای) / اعزام به مرکز درمانی: تجریش (داخلی ۳۰۴) / توضیحات و ملاحظات مأموریت: بیمار اقا ۱۲ ساله شب گذشته از ناحیه مچ دست و ساعد چپ دچار تیر خوردگی (ساجمه) شده است.



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/27  
 شماره سریال پرونده: X6612923  
 کد آمبولانس: 4053

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی ابوالفضل کوره زری		ملیت ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		جنس: <input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>		شکایت اصلی بیمار CC		شکایت اصلی بیمار	
حدود سن	سال	سال	ماه	0	کد ملی				
آدرس محل فوریت منطقه 4 / تهرانپارس / خیابان جشنواره / خیابان شهید نقدی / پلاک 122 / طبقه همکف / سوئیس / موتور لانس /									
تلفن اصلی	تلفن پشتیبانی								
ثابت زمان		کد پرسنل آمبولانس		کیلومتر آمبولانس					
دریافت مأموریت	رسیدن به مرکز درمانی	-	کد تکبیسین ارشد	320182	کیلومتر حرکت				
حرکت از پایگاه	تحویل به مرکز درمانی	-	کد تکبیسین 1	320348	کیلومتر رسیدن به محل فوریت				
رسیدن به محل فوریت	پایان مأموریت	*****	کد تکبیسین 2	-	کیلومتر پایان مأموریت				
حرکت از محل فوریت	رسیدن به پایگاه	*****	راننده امدادگر	-	کیلومتر سوختگیری				
نوع محل فوریت			علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری			
مسکونی	آموزشی	تنگی نفس	هوبینی	ضعف و بیحالی	قلبی	تشنج	سرب و جرح		
عمقی	مرکز درمانی	درد قفسه صدری	تاری دید	درهشکمی	تنفسی	فراپاش فشار خون	هیپوترمیک		
ساکن ورزشی و تفریحی	هاری	تعریق	بیخوشی گذرا	تهوع و استفراغ	ضعف و بیحالی	مانیپر گلیسمی	درد شکمی		
معبور ترافیکی آزاد راه	بزرگراه	سرگیجه	تب و لرز	سهال	سکته مغزی	کاهش هوشیاری	رنال کوئیک		
راه اصلی	راه فرعی	فراموشی بعد از ضربه	سر درد	کورتیزی	کاهش فشار	مانیپر گلیسمی	تاریمان		
راه روستایی	اختلال حسی و حرکتی	اختلال هوشیاری		اختلال روی	صاهات	سقط			
سایر یا ذکر نام :-		سایر یا ذکر نام :-		سایر: تیر خوردگی					
علل حوادث									
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل				
بعضیت حصول	وسيله نظيه	حرق شدگی در آب	انسداد راه هوایی	کشتوت	سرم خوردگی	سرم خوردگی	سرم خوردگی		
عبر	چاده ای	هوابی	گودکنسی	برق گرفتگی	سرم خوردگی	سرم خوردگی	سرم خوردگی		
راننده	گودروسپک	دریایی	گرما زدگی	حیوان گردگی	گزش حشرات، گزده گان	گزش حشرات، گزده گان	گزش حشرات، گزده گان		
سرنشین	گودروسنگین	ریبی	سوختگی جسم داغ	شیمیایی	مایعات داغ	لکتیکی	سایر		
ناشخص	موتور	سطح زمینی	سمومیت	CO	دارو	مواد مکرر	سموم	لکل	
سایر:	نوجرکه	زیر زمینی	سقوط	همتراز	غیر همتراز	بهرورد با نیروی مکتیکی بیجان			
-	سایر		تروما در اثر یکپندان			سایر			



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/27  
شماره سریال پرونده: X6612923  
کد آمبولانس: 4053

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نام دارو	دوز	نحوه تجویز	کد پزشک	قبل	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	30350 هستورات : =====	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مانیفستورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کاذب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگر دن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندلهها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> نیکس سنون فرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی									
<input type="checkbox"/> انتقال یا خودروی شخصی									
برگشت نامه									
شماره برگشت نامه					اینجانب خدمت/آقای				
نام و نام خانوادگی شاگرد			نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل احضا و اثر انگشت شاگرد			محل احضا و اثر انگشت ارشد			محل احضا و اثر انگشت			
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی			
		منطقه به گوش نبود. بیمار اقا 12 سله شب گذشته از تلخیه مح هست و ساعد چپ دچار تیرکوردگی (سلجمه) شده است. انتقال به بیمارستان ..				نام مرکز درمانی تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی تجربش (داخلی 304)			
						نام پزشک تحویل گیرنده			
						کد پزشک تحویل گیرنده			
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			