



(سری پنجم اسناد انتقال مجروحان قیام آبان)

مشخصات و اسناد انتقال ۲۴ مجروح و مصدوم قیام آبان به بیمارستان در تهران

در روزهای ۲۵ و ۲۶ و ۲۷ آبان ۱۳۹۸

سه پسر دانش آموز ۱۳ و ۱۴ و ۱۶ ساله در شمار مجروحان هستند

● تذکر ۱: منظور از «خسونت» در این اسناد اصابت در درگیری و شلیک از جانب مزدوران رژیم است

منظور از «سورخ شدگی» در این اسناد محل اصابت گلوله است

● تذکر ۲: در سندهای شماره ۱۰ و ۱۲ و ۱۴ مشخصات یک نفر نوشته شده اما تعداد مصدومین منتقل

شده با همین آمبولانس ۲ و ۵ و ۵ مصدوم و مجروح نوشته شده که حاکی از شتابزدگی و انبوه مجروح و

مصدوم در صحنه‌های درگیری است

سند شماره ۱- تاریخ مأموریت ۲۷ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۶۰۱۵، نام و نام خانوادگی امیر علی حقی، سن ۱۳ سال،

آدرس محل فوریت: منطقه ۲/ ستارخان/ خیابان باقرخان / خیابان فرزین / تقاطع افرید / دبیرستان مدنی / دانش آموز

بدحال / اعزام به مرکز درمانی خمینی

علائم: تروما به بینی / خراشیدگی / تورم

توضیحات و ملاحظات مأموریت: مددجو آقایی با مشخصات ثبت شده که به دنبال ضرب و جرح دچار تروما به بینی شده.

هنگام رسیدن ما مدد جو روی صندلی نشسته بود. چک علائم و شرح حال و معاینه انجام شد. تندرسن در ناحیه گردن و

ستون فقرات دارد...



سازمان اورژانس کشور
سازمان بهداشت - درمان، تهران
فرم گزارش در حالت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/10/27
شماره مأموریت: 08811933
کد آمبولانس: 6015

Medical history form for a patient named Amir Ali Haghayeghi, 13 years old, with a trauma to the nose. The form includes fields for patient information, medical history, and physical examination.



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

تاریخ مصوریت: 1398/8/27

شماره سریال پرونده: X6611933

کد آمبولانس: 6015

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"/>
بیابیت	سابقه چربی	اسم	بیماریهای قلبی	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"/>
سابقه بدخیمی	مشکلات گوارشی	سکته مغزی	تغییرات فشار خون						
<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	رواسی	سوء مصرف مواد						
<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"/>
تنبوی	صرع	سابقه تروما	مغولیت						
<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	حساسیت دارویی یا ذکر نام #							
علامه حیاتی									
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
12:55:05	16	100/65	89	-	97	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"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفایی			سمع		سمع		<input checked="" type="checkbox"/> اندازه <input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> دیلاته <input type="checkbox"/> مپروتیک <input type="checkbox"/> بدون پلنخ		
			L	R	L	R			
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			ریتم		ریتم				
			L	R	L	R			
تروما									
<input type="checkbox"/> ناله با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> انواع تروما : <input type="checkbox"/> حالت با ذکر علت آسیب					<input type="checkbox"/> عملیات رهسازی بر روی صورت : <input type="checkbox"/> قیال از رسیدن تکلیفین <input type="checkbox"/> در حضور تکلیفین				
نوع ضربه									
		<input type="checkbox"/> چپ <input type="checkbox"/> راست	<input type="checkbox"/> چپ <input type="checkbox"/> راست		<input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی بسته <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> جوش پوستی دارد <input type="checkbox"/> جوش پوستی ندارد <input type="checkbox"/> فرجه سوختگی :- <input type="checkbox"/> فرجه سوختگی :- <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> ضربه حسی <input type="checkbox"/> ضربه حرکتی				
			1		<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input checked="" type="checkbox"/> کراتیدگی <input type="checkbox"/> قدردن <input type="checkbox"/> له شدگی <input checked="" type="checkbox"/> تورم <input type="checkbox"/> در رفتگی				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/27

شماره سریال پرونده: X6611933

کد آمبولانس: 6015

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی	
		نوع تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ساکتین	<input type="checkbox"/> مانیورینگ
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/> شرح حال و معینه
<input type="checkbox"/> مأموریت کتاب / مأموریت اشتباه	دستورات:	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بانسان و کنترل خونریزی	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مناسبت هسه سینه	<input type="checkbox"/> CBR
<input type="checkbox"/> نفی از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/> بیکن سرگردان
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> VS	<input checked="" type="checkbox"/> بیکن اندامها
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input checked="" type="checkbox"/> بیکن ستون فقرات
<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		-	-	-	-		
برفک نامه							
شماره برفک نامه				اینجلب کدم/ آقایی			
نام و نام خانوادگی شاهد		نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد		علت عدم پذیرش			
محل احضا و اثر انگشت شاهد		محل احضا و اثر انگشت ارشد		محل احضا و اثر انگشت			
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی	
		<p>مددجو قایمی با مشخصات ذیل شده که در خیابان ضرب و حرح مجاز نوبدا به بینی شده</p> <p>هنگام رسیدن ما مددجویی مدظنی تشنه بود</p> <p>چک علائم و شرح حال و معاینه انجام شد</p> <p>تدریس در ناحیه گردن و ستون فقرات داده</p> <p>خونریزی دانتن وای نمود و قرمزی مشهود است</p> <p>ورودوی نوزاد است مریضها نوزاد است نوزادین لادنها نوزاد است</p> <p>بیمار جهت بررسی بیشتر با اکسیژن ترولی</p> <p>و برقراری این مناسبه بیمار تحویل بیمارستان امام خمینی داده شد</p> <p>ذات نرفیک مسبر...</p>				<p>نام مرکز درمانی امام خمینی</p> <p>تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی</p> <p>نام پزشک تحویل گیرنده</p> <p>کد پزشک تحویل گیرنده</p> <p>تحویل بدون رضایت</p>	

سند شماره ۲ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۴۰۵۴، نام و نام خانوادگی محمد هادی مشهدی عبدالله، سن ۱۴ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات منطقه / تهرانپارس / میدان پروین / روبروی کانکس پلیس / اعزام به مرکز درمانی : امام حسین / ساعت تحویل به مرکز : ۲۱ و ۲۲ دقیقه
علائم : سرگیجه / تندر نس

توضیحات و ملاحظات مأموریت : آقا ۱۴ ساله به دنبال درگیری در پی اغتشاشات دچار تروما به چشم راست شده است وی میگوید در حال گذر از صحنه بودم که ناگهان شیئی به چشمم برخورد کرد...



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

تاریخ مأموریت : 1398/8/25
شماره سریال پرونده : X6598808
کد آمبولانس : 4054

مشخصات عمومی بیمار							
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	نام و نام خانوادگی محمد هادی مشهدی عبدالله	کد ملی 0	ماه 0	سال 14	حدود سن سال
		آدرس محل فوریت اغتشاشات منطقه / تهرانپارس / میدان پروین / روبروی کانکس پلیس / امبولانس / موقرالانس #		تلفن شخصی *****			
		تلفن پشتیبانی *****		کیلومتر آمبولانس			
		کد پرسنل آمبولانس		ثبت زمان			
کیلومتر حرکت *****		کد تکمیلین ارشد 110011		رسیدن به مرکز درمانی 21:11:28		دریافت مأموریت *****	
کیلومتر رسیدن به محل فوریت *****		کد تکمیلین 1 320324		تحويل به مرکز درمانی 21:24:32		حرکت از پایگاه *****	
کیلومتر پایان مأموریت *****		کد تکمیلین 2 0		پایان مأموریت *****		رسیدن به محل فوریت *****	
کیلومتر رسیدن به پایگاه *****		راشده امدادگر -		رسیدن به پایگاه *****		حرکت از محل فوریت *****	
تشخیص اولیه بیماری				علائم همراه		نوع محل فوریت	
<input type="checkbox"/> ضرب و جرح	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> گیجی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> هوپایی	<input type="checkbox"/> تنگی نفس	<input type="checkbox"/> آهوشی	<input type="checkbox"/> مسکونی
<input type="checkbox"/> هیستریک	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> کفاسی	<input type="checkbox"/> درخشکی	<input type="checkbox"/> تازی دید	<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی	<input type="checkbox"/> مدنی
<input type="checkbox"/> درد شکمی	<input type="checkbox"/> ملبورگیسمی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> کهوخ و استفراغ	<input type="checkbox"/> بیپوشی گدرا	<input type="checkbox"/> تعریق	<input type="checkbox"/> آوری	<input type="checkbox"/> مکان ورزشی و تفریحی
<input type="checkbox"/> زوال کولیک	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> سکنه مغزی	<input type="checkbox"/> سهال	<input checked="" type="checkbox"/> تب و لرز	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> بزرگراه	<input type="checkbox"/> سایر تفریحی آزاد راه
<input type="checkbox"/> زایمان	<input type="checkbox"/> ملبورگیسمی	<input type="checkbox"/> کاهش فشار	<input type="checkbox"/> کولریزی	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> قرموشی بعد از ضربه	<input type="checkbox"/> راه فرعی	<input type="checkbox"/> راه عمومی
<input type="checkbox"/> سقط	<input type="checkbox"/> مصاهات	<input type="checkbox"/> اختلال روگی	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> راه روستایی	<input type="checkbox"/> راه روستایی
سایر : تروما به چشم				سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-	
علل حوادث							
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل				حوادث مرتبط با حمل و نقل			
<input type="checkbox"/> فشوت	<input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی	<input type="checkbox"/> غرق شدگی در آب	<input type="checkbox"/> حریق شدگی	<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه	<input type="checkbox"/> وضعیت مصدم		
<input type="checkbox"/> سرمشوردگی	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی	<input type="checkbox"/> خودکشی	<input type="checkbox"/> هوایی	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> سایر		
<input type="checkbox"/> گزش هشرات ، گزدگان	<input type="checkbox"/> حیوان گزیدگی	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> دریایی	<input type="checkbox"/> خودرو سبک	<input type="checkbox"/> راننده		
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> لکتربیکی	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> شیبایی	<input type="checkbox"/> خودرو سنگین	<input type="checkbox"/> سرنشین		
<input type="checkbox"/> لکتل	<input type="checkbox"/> مواد مخدر	<input type="checkbox"/> سموم	<input type="checkbox"/> دارو	<input type="checkbox"/> سطح زمین	<input type="checkbox"/> ناشخص		
<input type="checkbox"/> بررورد با نیروی مکانیکی بجان	<input type="checkbox"/> غیر همتراز	<input type="checkbox"/> همتراز	<input type="checkbox"/> سقوط	<input type="checkbox"/> زیر زمینی	<input type="checkbox"/> سایر		
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> تروما در اثر بچندان	<input type="checkbox"/> تروما	<input type="checkbox"/> تروما	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر		



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/25
شماره سریال پرونده : X6598808
کد امبولانس : 4054

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 قلبی				
<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"/>	مطولیت				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صنلجیت دارویی یا ذکر نام #				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عفونی				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر				
علامه حیاتی										
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15	
20:09:27	16	110/70	80	-	98	4	5	6	15	
20:18:42	16	110/70	82	-	98	4	5	6	15	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مریکها			
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی			سمع	L	R	سمع		L	R	
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			اندازه	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			ریتم	L	R	ریتم		L	R	
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			نیانه	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			ریتم	L	R	ریتم		L	R	
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			میهنیک	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			ریتم	L	R	ریتم		L	R	
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			بدون پلنگ	<input checked="" type="checkbox"/>	
تروما										
<input type="checkbox"/> نفاذ با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> انواع تروما : <input type="checkbox"/> حالت با ذکر علت آسیب					<input type="checkbox"/> عملیات رهسازی بر روی مصورم : <input type="checkbox"/> قیل از رسیدن تکبیین <input type="checkbox"/> در حضور تکبیین					
انواع ضلیعه										
		قلب			چلو	<input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> برجه سوختگی :- <input type="checkbox"/> برصد سوختگی :- <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> ضلیعه حسی <input type="checkbox"/> ضلیعه حرکتی		<input type="checkbox"/> شکستگی بر <input type="checkbox"/> شکستگی فستال دارد <input checked="" type="checkbox"/> شکستگی <input type="checkbox"/> سوخاخ شدگی <input type="checkbox"/> برودگی		<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input type="checkbox"/> کراشیدگی <input checked="" type="checkbox"/> کدرسن <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 : X6598808
کد آمبولانس : 4054

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا احترام به مرکز درمانی	کد پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مافیتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کلاب / مأموریت اشتیاق	مستورات :	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> باسمن و فنرفه خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-----	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مناساز هسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون فرائت	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشاوره لارم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی		-	-	-	-				
برگشت نامه									
شماره برگشت نامه					اینجانب خدمت آقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکمیسین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل اعضا و اثر انگشت شاهد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت			
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی			
گاز استرینل M آنژیوت صورتی چسب 3-		آقا 14 ساله به هیال درگیری در پی اغتشاشات دچار تروما به چشم راست شده است وی میگوید در حال گذر از صحنه بودم که ناگهان شینی با چشم برخورد کرد در حال حاضر وی میگوید با چشم راستم واضح نمی بینم علاوه چک شد جهت بررسی بیشتر به بیمارستان منتقل شد جهت ترافیک مسیر-				نام مرکز درمانی			
						نام مرکز درمانی امام حسین (ع)			
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی			
						21:22			
						نام پزشک تحویل گیرنده			
						بیمارستان امام حسین			
						کد پزشک تحویل گیرنده			
						10005			
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			

سند شماره ۳- تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۹۰۳۴، نام و نام خانوادگی شهاب محمدی، سن ۱۶ سال،
 آدرس محل فوریت: جاده ساوه / ۴ دانگه / خیابان شهید هیدخت / گلستان ۳ شرقی / درمانگاه شبانه روزی ۴ دانگه / اعزام به
 مرکز درمانی شهدای یافت آباد

توضیحات و ملاحظات مأموریت: مصدوم از درمانگاه تحویل گرفته شد با GCS-۱۵ تحویل مرکز درمانی
 یافت آباد شد به علت مشکل اتوماسیون فایل دستی بسته شد.



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6599302

کد آمبولانس: 9034

مشخصات عمومی بیمار									
شکلیت اصلی بیمار CC		جنس:		ملیت		نام و نام خانوادگی		شعبه مصدی	
		<input type="checkbox"/> مونث		<input checked="" type="checkbox"/> ایرانی		16 سال			
		<input type="checkbox"/> مذکر		<input type="checkbox"/> غیر ایرانی		0 ماه			
		<input checked="" type="checkbox"/> نامشخص				کد ملی			
آدرس محل فوریت: / درمانگاه / منطقه / جاده ساوه / دانگه / خیابان شهید هیدخت / گلستان 3 شرقی / درمانگاه شبانه روزی 4 دانگه / آمبولانس									
تلفن اصلی		تلفن پشتیبانی							
کیلومتر آمبولانس			کد پرسنل آمبولانس			نوع محل فوریت			
کیلومتر حرکت			کد تکمیلین			رسیدن به مرکز درمانی		دریافت مأموریت	
کیلومتر رسیدن به محل فوریت			350447			تحویل به مرکز درمانی		حرکت از پلیگاه	
کیلومتر پایان مأموریت			730026			پایان مأموریت		رسیدن به محل فوریت	
کیلومتر رسیدن به پلیگاه			-			رسیدن به پلیگاه		حرکت از محل فوریت	
کیلومتر سوختگیری			-			-		-	
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه			نوع محل فوریت			
<input type="checkbox"/> تشنج			<input checked="" type="checkbox"/> ضعف و بیحالی			<input type="checkbox"/> آموزشی			
<input type="checkbox"/> تپش قلب			<input type="checkbox"/> تاری دید			<input type="checkbox"/> مراکز درمانی			
<input type="checkbox"/> سردی و جرح			<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ			<input type="checkbox"/> تفریح			
<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون			<input type="checkbox"/> سبکی سر			<input type="checkbox"/> بزرگراه			
<input type="checkbox"/> درد شکمی			<input type="checkbox"/> سبکی مغزی			<input type="checkbox"/> راه فرعی			
<input type="checkbox"/> زوال کربنیک			<input type="checkbox"/> کاهش فشار			<input type="checkbox"/> راه روستایی			
<input type="checkbox"/> زایل کربنیک			<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری			<input type="checkbox"/> سایر یا ذکر نام: -			
<input type="checkbox"/> زایل کربنیک			<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری			<input type="checkbox"/> سایر یا ذکر نام: -			
علل حوادث									
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
<input type="checkbox"/> کشتوت					<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه				
<input type="checkbox"/> سرمکوردگی					<input type="checkbox"/> جاده ای				
<input type="checkbox"/> گزش حشرات، گزندگان					<input type="checkbox"/> خودرو سبک				
<input type="checkbox"/> سبکی					<input type="checkbox"/> خودرو سنگین				
<input type="checkbox"/> حریق					<input type="checkbox"/> موتور				
<input type="checkbox"/> لکتریکی					<input type="checkbox"/> سایر:				
<input type="checkbox"/> مسموم					<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ				
<input type="checkbox"/> مواد مخدر					<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ				
<input type="checkbox"/> فکول					<input type="checkbox"/> مسمومیت				
<input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> سایر				
<input type="checkbox"/> سایر					<input type="checkbox"/> سایر				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/25

شماره سریال پرونده : X6599302

کد آمبولانس : 9034

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		توجه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مایثورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادرب / مأموریت پشتیبان	دستورات :	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بانسمان و نیتروگلیسرین	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ امضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> منازک هسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ضعیف سروکرفن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندمها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن سنون قران	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی		-	-	-	-				

برگشت نامه

شماره برگشت نامه		اینجانب خدمت آقای	
نام و نام خانوادگی شاهد	نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد	علت عدم پذیرش	محل امضا و اثر انگشت
محل امضا و اثر انگشت شاهد	محل امضا و اثر انگشت ارشد		

مرکز درمانی	توضیحات و ملاحظات مأموریت	اقدام مصرفی
نام مرکز درمانی شهادی بهت آباد تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی	GCS 15 صدموم از درمفگانه تحویل گرفته شد با تحویل مرکزی درمانی شد به علت مشکل اتومدسیون فیلل هستی پسته شد	
نام پزشک تحویل گیرنده		
کد پزشک تحویل گیرنده		
تحویل بدون رضایت		<input type="checkbox"/>

سند شماره ۴ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۵۳۲۳، نام و نام خانوادگی ناصر رضایی، سن ۲۴ سال، آدرس محل فوریت: درمانگاه/ شهر قدس/ قلعه حسن خان/ بلوار انقلاب/ بلوار شورا یا شهدا/ بلوار نسترن/ روبروی کوچه نرگس/ درمانگاه شبانه روزی داریوش/ اعزام به مرکز درمانی: خمینی

علائم: تیر خوردگی

توضیحات و ملاحظات مأموریت: تحویل بیمارستان خمینی... فرم به صورت دستی بسته شد



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6598167

کد آمبولانس: 5323

مشکلات عمومی بیمار						
نام و نام خانوادگی: <input type="text"/>	جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	میت: <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی	کد ملی: <input type="text"/>	سن: 24 سال	ماد: 0	شماره بیمه: <input type="text"/>
آدرس محل فوریت: <input type="text"/>	شکایت اصلی بیمار: <input type="text"/>	تلفن شخصی: <input type="text"/>	تلفن پشتیبانی: <input type="text"/>	تلفن بیمارستان: <input type="text"/>	کد پرسنل آمبولانس: <input type="text"/>	کیلومتر آمبولانس: <input type="text"/>
ثبت زمان		کد پرسنل آمبولانس		کیلومتر آمبولانس		
دریافت مأموریت	21:32:53	کد تکمیلین ایشد	350064	کیلومتر حرکت	<input type="text"/>	
حرکت از پایگاه	-	کد تکمیلین 1	110105	کیلومتر رسیدن به محل فوریت	<input type="text"/>	
رسیدن به محل فوریت	.....	کد تکمیلین 2	-	کیلومتر رسیدن به پایگاه	<input type="text"/>	
حرکت از محل فوریت	.....	راشده امدادگر	-	کیلومتر سوختگیری	<input type="text"/>	
نوع محل فوریت			علائم همراه		تشخیص اولیه بیماری	
<input type="checkbox"/> مسکونی	<input type="checkbox"/> آموزشی	<input type="checkbox"/> تفریحی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> سردی و جرح	<input type="checkbox"/> تشنج
<input type="checkbox"/> مشقی	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی	<input type="checkbox"/> توری دید	<input type="checkbox"/> دردهای شکمی	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> بیستریک	<input type="checkbox"/> تشنج
<input type="checkbox"/> اماکن ورزشی و تفریحی	<input type="checkbox"/> اداری	<input type="checkbox"/> بیوشی گذرا	<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> درد شکمی	<input type="checkbox"/> تشنج
<input type="checkbox"/> سایر تفریحی آزاد راه	<input type="checkbox"/> بازرگانه	<input type="checkbox"/> تپ و لرز	<input type="checkbox"/> سبک و بیحالی	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> زوال گریبک	<input type="checkbox"/> تشنج
<input type="checkbox"/> راه اصلی	<input type="checkbox"/> راه فرعی	<input type="checkbox"/> سردی	<input type="checkbox"/> کاهش فشار	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> زوال گریبک	<input type="checkbox"/> تشنج
<input type="checkbox"/> راه روستایی	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تشنج
سایر با ذکر نام: -						
سایر با ذکر نام: <input type="text"/>						
سایر با ذکر نام: <input type="text"/>						
شرح حوادث						
حوادث مرتبط با حمل و نقل			حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل			
<input type="checkbox"/> وضعیت نامعوم	<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه	<input type="checkbox"/> غرق شدگی در آب	<input type="checkbox"/> تصادف راه هوایی	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تشنج
<input type="checkbox"/> عبور	<input type="checkbox"/> چاده ای	<input type="checkbox"/> خودکشی	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی	<input type="checkbox"/> سر خوردگی	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تشنج
<input type="checkbox"/> زانده	<input type="checkbox"/> خودرو سبک	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> حیوان گزیدگی	<input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تشنج
<input type="checkbox"/> سر نشین	<input type="checkbox"/> خودرو سنگین	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> شیخیگی	<input type="checkbox"/> مایعات داغ	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تشنج
<input type="checkbox"/> نامشخص	<input type="checkbox"/> موتور	<input type="checkbox"/> سمومیت	<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> دارو	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تشنج
<input type="checkbox"/> سایر:	<input type="checkbox"/> چورخانه	<input type="checkbox"/> زهر زمینی	<input type="checkbox"/> سقوط	<input type="checkbox"/> همتراز	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تشنج
<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> تروما در اثر بیهوشان	<input type="checkbox"/> غیر همتراز	<input type="checkbox"/> بزه خورد با نیروی مکانیکی بیجان	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تشنج



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6598167

کد آمبولانس: 5323

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مانیورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت پشتیبان	مشورات:	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> باسمان و نیترو گلیسرین	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مناسف هسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ضیض سرورگن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندمها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بیکن سنون فرانت	<input type="checkbox"/>	<input 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 خادم/ آقای				
نام و نام کفوادگی شاهد			نام و نام کفوادگی 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			
		تحويل بیمارستان امام خمینی ... فرم به صورت هستر بسته شد !!				نام مرکز درمانی امام خمینی			
						تاریخ و ساعت تحويل به مرکز درمانی			
						نام پزشک تحويل گیرنده			
						کد پزشک تحويل گیرنده			
						<input type="checkbox"/> تحويل بدون رضایت			



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

تاریخ ملبوردت : 1398/8/26
شماره سریال پرونده : X6608440
کد آمبولانس : 5324

تاریخچه پزشکی بیمار					تاریخچه داروی مصرفی							
<input type="checkbox"/>	بیابیت	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input type="checkbox"/>	اسم	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی	<input type="checkbox"/>	دارد			
<input type="checkbox"/>	سابقه دیابتی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی	<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	زوالی	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	نوبی	<input type="checkbox"/>	عسرع	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	مطلوبیت	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عفونی	حساسیت دارویی یا ذکر نام #								
علامت حیاتی												
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15			
00:22:20	16	100/60	80	-	99	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	سمع	L	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	R	<input checked="" type="checkbox"/>	L	اندازه	R		
<input type="checkbox"/>	صدای صفی		<input type="checkbox"/>	زال	<input type="checkbox"/>	سمع	<input type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/>	منظم	ریتم	<input type="checkbox"/>	بالدم طولانی / دیر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نیلاکه	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	نا منظم		<input checked="" type="checkbox"/>	منظم	<input checked="" type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	میوتیک	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	بخوان پلخ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
تروما												
نقشه با ذکر علت آسیب					عملیات رهاسازی بر روی صدموم :							
انواع تروما :					قابل از رسیدن تکلیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین <input type="checkbox"/>							
نقشه با ذکر علت آسیب												
نوع ضایعه												
	عقب	-	چپ	28	<input type="checkbox"/>	پاره شدگی	<input type="checkbox"/>	شکستگی باز	<input type="checkbox"/>	تغییر شکل		
					<input type="checkbox"/>	قطع عضو	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	شکستگی بسته	<input type="checkbox"/>	کراتیدگی
					<input type="checkbox"/>	فرجه سوختگی :-	<input type="checkbox"/>	دارد	<input type="checkbox"/>	بیش بستن دارد	<input type="checkbox"/>	تدریس
					<input type="checkbox"/>	برصه سوختگی :-	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	کوفتگی	<input type="checkbox"/>	له شدگی
					<input type="checkbox"/>	انقباضی	<input checked="" type="checkbox"/>	سوراخ شدگی	<input type="checkbox"/>	تورم		
					<input type="checkbox"/>	ضایعه حسی	<input type="checkbox"/>	بریدگی	<input type="checkbox"/>	در رفتگی		
<input type="checkbox"/>	ضایعه حرکتی	<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 : X6608440

کد آمبولانس : 5324

نتیجه مصوریت	مشوره 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 type="checkbox"/> مانیورینگ	<input type="checkbox"/> ساکن	<input type="checkbox"/>
<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"/>
<input type="checkbox"/> مصوریت کادب / مصوریت اشتباه	مستورات :	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/> بفسان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/> منشا گسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ضرس سرقران	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<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"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بکس سنون نقرات	<input type="checkbox"/> مشوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-			
<input type="checkbox"/> استقرار	-	-	-	-	-			
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-			
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-			
برگشت نامه								
شماره برگشت نامه			اینجانب خدمت/افقی					
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 مصوریت			مرکز درمانی		
						نام مرکز درمانی		
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی		
						05:07		
						نام پزشک تحویل گیرنده		
						بیمارستان فیض بخش		
						کد پزشک تحویل گیرنده		
						10008		
						<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 : X6606638

کد آمبولانس : 5343

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ماینتریسک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادرب / مأموریت پشتیبان	دستورات :	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> بانسان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	*****	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ماسک هلمه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> نفی از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگراف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون نرات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی		-	-	-	-				
برگشت نامه									
شماره برگشت نامه					اینجانب خدمت آقای				
نام و نام خانوادگی شاگرد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل اعضا و اثر انگشت شاگرد			محل اعضا و اثر انگشت ارشد			محل اعضا و اثر انگشت			
اقلام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی			
			ثبت ترافیک مسیر--			نام مرکز درمانی			
						شهرید فیض بخش			
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی			
						05:08			
						نام پزشک تحویل گیرنده			
						بیمارستان فیض بخش			
						کد پزشک تحویل گیرنده			
						10008			
						<input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت			



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/26
شماره سریال پرونده : X6607140

کد آمبولانس : 5364

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"/>
فیبت	سابقه جراحی	اسم	بیماریهای قلبی	تغییرات فشار خون	سابقه بیماری	سابقه جراحی	سابقه بیماری	سابقه بیماری	سابقه بیماری
<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	سکته مغزی	تغییرات فشار خون	سابقه بیماری	سابقه بیماری	سابقه بیماری	سابقه بیماری	سابقه بیماری	سابقه بیماری
<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	رواسی	سوء مصرف مواد	سابقه بیماری	سابقه بیماری	سابقه بیماری	سابقه بیماری	سابقه بیماری	سابقه بیماری
<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"/>
تروی	صرع	سابقه تروما	مغولیت	صحت دارویی یا ذکر نام #	بیماریهای عفونی	سابقه بیماری	سابقه بیماری	سابقه بیماری	سابقه بیماری
<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								
علامه حیاتی									
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
20:49:54	16	110	88	-	98	4	5	6	15
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مریهها		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	<input type="checkbox"/>	R	<input type="checkbox"/>	L	اندازه	R
نرمال	سمع		نرمال		سمع		نرمال		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رال	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	فیلاته	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بارده طولانی / ویز	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	مپوتیک	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ریتم	<input checked="" type="checkbox"/>	منظم	<input checked="" type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	بخوان پلنخ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
تروما									
نقطه با ذکر علت آسیب					عملیات رهسازی بر روی مصورم :				
انواع تروما :					قابل از رسیدن تکلیسین				
حالت با ذکر علت آسیب					در حضور تکلیسین				
نوع ضربه									
	عقب		جلو	<input type="checkbox"/>	پاره شدگی	<input type="checkbox"/>	شکستگی باز	<input type="checkbox"/>	تغییر شکل
			41	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	شکستگی بسته	<input type="checkbox"/>	کراشیدگی
				<input type="checkbox"/>	قطع عضو	<input type="checkbox"/>	بیش فوستان دارد	<input type="checkbox"/>	تدریس
				<input type="checkbox"/>	برحه سوختگی :-	<input type="checkbox"/>	کوفتگی	<input type="checkbox"/>	له شدگی
				<input type="checkbox"/>	برصه سوختگی :-	<input type="checkbox"/>	سوراخ شدگی	<input checked="" type="checkbox"/>	تورم
				<input type="checkbox"/>	انزیری	<input type="checkbox"/>	بریدگی	<input type="checkbox"/>	در رفتگی
				<input type="checkbox"/>	ضربه حسی	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	ضربه حرکتی	<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 : X6607140

کد آمبولانس : 5364

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مافیوترینگ	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/> مایونز	<input type="checkbox"/> ساکشن
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> سرج دال و معینه	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/> بسمان و منبره جنبریزی	<input type="checkbox"/> ساکشن
<input type="checkbox"/> مأموریت کلاب / مأموریت اشیاء	هستورات :	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/> بسمان و منبره جنبریزی	<input type="checkbox"/> ساکشن
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/> مناسر هسه سینه	<input type="checkbox"/> بسمان و منبره جنبریزی	<input type="checkbox"/> ساکشن
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/> حملت تکسی	<input type="checkbox"/> بسمان و منبره جنبریزی	<input type="checkbox"/> ساکشن
<input type="checkbox"/> نحو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگرف	<input type="checkbox"/> حملت تکسی	<input type="checkbox"/> بسمان و منبره جنبریزی	<input type="checkbox"/> ساکشن
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/> بسمان و منبره جنبریزی	<input checked="" type="checkbox"/> VS
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس ستون فقرات	<input type="checkbox"/> مشاوره لارم	<input type="checkbox"/> بسمان و منبره جنبریزی	<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 با کودروی شخصی	-	-	-	-	-				
پرانت نامه									
شماره پرانت نامه			اینتخاب 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			
		<p>که صورت شخصی ابتدا ب بیمارستان 12 بهمن انتقال گردید</p> <p>و پس از انجام اقدامات لارم و اولیه</p> <p>جهت اقدامات تکمیلی و با هماهنگی مرکز و پذیرش بیمارستان رسول صدوم تحویل گرفته شد و با پذیرش مداد 2 ساعه مسر ب بیمارستان رسول، منتقل گردید</p>				<p>نام مرکز درمانی حضرت رسول</p> <p>تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 07:04</p> <p>نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان حضرت رسول</p> <p>کد پزشک تحویل گیرنده 10004</p> <p><input type="checkbox"/> تحویل بدون رضایت</p>			

سند شماره ۸ - تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۶۰۰۲، نام و نام خانوادگی محمد شیخان، سن ۲۷ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات جاده وهن آباد ورودی رباط کریم دور بزئید زیر پل به سمت اتوبان مستقر شوید ... هماهنگی با آقای قائم/اعزام به مرکز درمانی: فیروزگر / ساعت تحویل: ۲۱ و ۲۵ دقیقه علائم: ضعف و بی حالی، درد شکمی، سوراخ شدگی / خشونت



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/26
 شماره سریال پرونده: X6605444/02
 کد آمبولانس: 6002

مشخصات عمومی بیمار							
شکلیت اصلی بیمار: CC XXXXXXXXXX		جنس:	<input type="checkbox"/> عیبر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی		نام و نام خانوادگی: محمد شیخان		
<input type="checkbox"/> مؤنث <input checked="" type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> نامشخص		سن:	0	ماه:	0	سال:	27
		آدرس محل فوریت: 09127291007					
		تلفن اصلی:			تلفن پشتیبانی:		
کیلومتر آدیولانس		کد پرسنل آمبولانس		ثبیت زمن			
کیلومتر حرکت	730089	کد تکبیسین اولشد	20:47:29	رسیدن به مرکز درمانی	XXXXXX	دریقت مأموریت	
کیلومتر رسیدن به محل فوریت	0	کد تکبیسین 1	20:47:30	تحویل به مرکز درمانی	XXXXXX	حرکت از پایگاه	
کیلومتر پایان مأموریت	-	کد تکبیسین 2	XXXXXX	پایان مأموریت	XXXXXX	رسیدن به محل فوریت	
کیلومتر رسیدن به پایگاه	-	راننده امدادگر	XXXXXX	رسیدن به پایگاه	XXXXXX	حرکت از محل فوریت	
تشخیص اولیه بیماری		علائم همراه		نوع محل فوریت			
<input type="checkbox"/> ضرب و جراحت <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> افزایش فشار خون <input type="checkbox"/> دردت شکمی <input type="checkbox"/> زوال کونیک <input type="checkbox"/> زایمان <input type="checkbox"/> سقط		<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input checked="" type="checkbox"/> درشتکسی <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> اختلال هوئیاری <input type="checkbox"/> سبیلر :-		<input type="checkbox"/> مسکونی <input type="checkbox"/> مسکنی <input type="checkbox"/> امکان ورزشی و تفریحی <input type="checkbox"/> سایر نوعی آراد راه <input checked="" type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه روستایی			
شرح حوادث							
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل				حوادث مرتبط با حمل و نقل			
<input checked="" type="checkbox"/> خشونت <input type="checkbox"/> سرمشوردگی <input type="checkbox"/> گزش حشرات، گزندگان <input type="checkbox"/> سبیلر <input type="checkbox"/> لکل <input type="checkbox"/> پرورد با نیروی مسلکی بیجان <input type="checkbox"/> سبیلر		<input type="checkbox"/> تصادف راه هوایی <input type="checkbox"/> برق گرفتگی <input type="checkbox"/> حیوان گزیدی <input type="checkbox"/> شیوایی <input type="checkbox"/> مایعات داغ <input type="checkbox"/> مواد مشد <input type="checkbox"/> عیبر مشترال <input type="checkbox"/> سبیلر		<input type="checkbox"/> شوق 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"/> سحرط <input type="checkbox"/> تروما در اثر یکیدان		<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه <input type="checkbox"/> چاده ای <input type="checkbox"/> خودروسیک <input type="checkbox"/> خودروسنگین <input type="checkbox"/> موتور <input type="checkbox"/> زور زمینی <input type="checkbox"/> سبیلر	



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6605444/02

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"/>	دارد		
فیبت	سابقه جراحی	اسم	بیماریهای قلبی	تغییرات فشار خون	سابقه مفاصل	سابقه مغزی	تغییرات فشار خون	سوء مصرف مواد	روایی	مشکلات گوارشی	مشکلات کلیوی	مشکلات چشمی
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مشکلات گوارشی	مشکلات کلیوی	مشکلات چشمی	بیماریهای خاص	نوی	سرخ	سابقه تروما	مغولیت	صنایع دارویی یا ذکر نام #	بیماریهای عصبی	سایر		
علامه حیاتی												
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15			
19:33:17	16	130/80	110	120	96	4	5	6	15			
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-			
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-			
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-			
بررسی قلب و عروق				بررسی ریه				بررسی مریکها				
سمع		L		R		L		R		اندازه		
<input type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	صدای صفی	<input type="checkbox"/>	رال	<input type="checkbox"/>	باردم طولانی / ویز	<input type="checkbox"/>	سمع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ریتم		L		R		L		R		میوتیک		
<input type="checkbox"/>	منظم	<input type="checkbox"/>	منظم	<input type="checkbox"/>	منظم	<input type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
تروما												
انواع تروما :						عملیات رهسازی بر روی صدوم :						
<input type="checkbox"/> نافذ با ذکر علت آسیب						<input type="checkbox"/> قیل از رسیدن تکسین						
<input type="checkbox"/> باکت با ذکر علت آسیب						<input type="checkbox"/> در حضور تکسین						
انواع ضایعه												
عقب		چلو		پاره شدگی		سختگی		سختگی		تغییر شکل		
23		23		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				قطع عضو		کوفتگی		کوفتگی		کوفتگی		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				برحه سوختگی :-		برحه سوختگی :-		سوراخ شدگی		سوراخ شدگی		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				نمایه حسی		نمایه حسی		نمایه حسی		نمایه حسی		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				نمایه حرکتی		نمایه حرکتی		نمایه حرکتی		نمایه حرکتی		
				<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: X6605444/02

کد آمبولانس: 6002

نتیجه مصوریت	مشوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشکی								
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> مغیوریت	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مصوریت کادب / مصوریت اشتباه	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	هستورات:	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> بنسمن و کنترل خونریزی	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشاوره سه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> ضامن سروتران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> بکس سنون نقرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> استقرار	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-				
برگشت نامه									
شماره برگشت نامه					اینجاب 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 مصوریت			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			

سند شماره ۹ - تاریخ مأموریت ۲۶ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۶۰۰۲، نام و نام خانوادگی صابر سمیعی، سن ۲۷ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات در جاده وهن آباد ورودی رباط کریم دور بزئید زیر پل به سمت اتوبان مستقر شوید... هماهنگی با آقای قائمی / اعزام به مرکز درمانی : فیروزگر / ساعت تحویل : ۲۱ و ۲۶ دقیقه
علائم : خونریزی / خشونت / سوراخ شدگی / تغییر شکل



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران

قرم گزارش-مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت : 1398/8/26

شماره سریال پرونده : X6605444/05

کد آمبولانس : 6002

مشخصات عمومی بیمار	
نام و نام خانوادگی بیمار: <input type="text"/>	جنس: <input type="checkbox"/> زن <input checked="" type="checkbox"/> مرد
عنوان شغل: <input type="text"/>	تاریخ تولد: <input type="text"/>
شماره بیمه: <input type="text"/>	کد ملی: <input type="text"/>
آدرس محل فوریت: <input type="text"/>	شماره تماس: <input type="text"/>
تلفن صفتی: <input type="text"/>	تلفن پزشکی: <input type="text"/>
تاریخ ثبت زمان	
کیلو متر آمبولانس: <input type="text"/>	کد پرومیل آمبولانس: <input type="text"/>
کیلومتر حرکت: <input type="text"/>	کد تکمیلین ایستاد: <input type="text"/>
کیلومتر رسیدن به محل فوریت: <input type="text"/>	کد تکمیلین 1: <input type="text"/>
کیلومتر پایان مأموریت: <input type="text"/>	کد تکمیلین 2: <input type="text"/>
کیلومتر به پایگاه: <input type="text"/>	راننده آمبولانس: <input type="text"/>
کیلومتر سوختگیری: <input type="text"/>	
تشخیص اولیه بیمار	
مشخصات علائم همراه:	نوع محل فوریت:
<input type="checkbox"/> سگی کتک <input type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> آویزشی <input type="checkbox"/> ضعف و بیحسی <input type="checkbox"/> گشج <input type="checkbox"/> سرب و جرح	<input type="checkbox"/> مسکونی <input type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/> تکی نفس <input type="checkbox"/> آویزشی <input type="checkbox"/> تندی دید <input type="checkbox"/> درد قفسه صدری <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> درخشندگی <input type="checkbox"/> تپش قلب
<input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سبیل <input type="checkbox"/> سبکته مغزی <input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> زنده گری <input type="checkbox"/> سوزش چشم <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> راه اصلی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه فرعی <input type="checkbox"/> راه فرعی
<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> اختلال روانی <input type="checkbox"/> اختلال روانی <input type="checkbox"/> اختلال روانی	<input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام: <input type="text"/>
تفصیل حوادث	
حوادث مرتبط با حمل و نقل:	حوادث مرتبط با حمل و نقل:
<input checked="" type="checkbox"/> خشونت <input type="checkbox"/> انداد راه هوایی <input type="checkbox"/> هرقی شدگی در آب <input type="checkbox"/> وسيله نقلیه <input type="checkbox"/> وضعیت معلوم <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سرمغموردگی <input type="checkbox"/> برق گرفتگی <input type="checkbox"/> خودکشی <input type="checkbox"/> خوابی <input type="checkbox"/> چاده ای <input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> نگران حشرات، خزندگان <input type="checkbox"/> حیوان گریزدگی <input type="checkbox"/> گرما زدگی <input type="checkbox"/> دریایی <input type="checkbox"/> خودروسنگ <input type="checkbox"/> برشته شده <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> شیمیایی <input type="checkbox"/> مایعات داغ <input type="checkbox"/> لگتدیگی <input type="checkbox"/> خریق <input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> دارو <input type="checkbox"/> مواد معدنی <input type="checkbox"/> سموم <input type="checkbox"/> نکل <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ
<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ <input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/26
شماره سریال پرونده : X6605444/05

کد آمبولانس : 6002

تاریخچه داروی مصرفی										تاریخچه پزشکی بیمار														
بیماریهای قلبی					اسم					سابقه جراحی					فیبت									
تغییرات فشار خون					سکته مغزی					مشکلات گوارشی					سابقه پدیکیمی									
سوء مصرف مواد					روائی					مشکلات کلیوی					بیماریهای خاص									
مطوئیت					سابقه تروما					صمغ					نوی									
صلبیت دارویی یا ذکر نام #										بیماریهای عکونی										سایر				
علام حیاتی																								
زمان		RR		BP		PR		BS		SPO2		E4		V5		M6		T15						
19:40:32		16		140/90		110		130		97		4		5		6		15						
-		-		-		-		-		-		0		0		0		-						
-		-		-		-		-		-		0		0		0		-						
-		-		-		-		-		-		0		0		0		-						
بررسی قلوب و عروق						بررسی ریه						بررسی مریکها												
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفایی						سمع <input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/> باردم طولانی / ویز						L		R		L		R		L		R		
												اندازه		سمع		اندازه		سمع		نرمال		دیلاته		میوتیک		پخون پلنخ
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم						ریتم <input type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم						L		R		L		R		L		R		
												ریتم		ریتم		ریتم		ریتم		ریتم		ریتم		ریتم
تروما																								
عملیات رهسازی بر روی صدرم : <input type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکپسین <input type="checkbox"/> در حضور تکپسین										انواع تروما : <input type="checkbox"/> نافذ با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> نالفت با ذکر علت آسیب														
انواع ضایعه																								
28 					29 					چلو <input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> برجه سوختگی :- <input type="checkbox"/> برصد سوختگی :- <input checked="" type="checkbox"/> دانزیری <input type="checkbox"/> ضایعه حسی <input type="checkbox"/> ضایعه حرکتی					سوراخ شدگی <input checked="" type="checkbox"/> سوراخ شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی					تغییر شکل <input checked="" type="checkbox"/> کمرشیدگی قدردس له شدگی تورم در رفتگی				

سند شماره ۱۰ - تاریخ مأموریت ۲۷ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۳۰۵۵، نام و نام خانوادگی امیر عباس فرهادی، سن ۳۳ سال

آدرس محل فوریت: منطقه ترمینال جنوب/داخل سرویس بهداشتی /اقا بدحال/(پشت مترو - جنب مسجد) آمبولانس / ۲

مصدوم / اعزام به مرکز درمانی بهارلو

علائم: ضرب و جرح/خونریزی/ضعف و بیحالی/تندرنس/سوراخ شدگی

انواع تروما: نافذ با ذکر علت آسیب

توضیحات و ملاحظات مأموریت: مورد آقای ۳۳ ساله بدون سابقه پزشکی که بدنبال ضرب و جرح دچار تروما به قفسه سینه شده اند. علائم حیاتی کنترل شد. پذیرش انجام شد. پانسمان و فیکس سازی انجام شد و با رگ باز به بیمارستان منتقل گردید...



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/27

شماره سریال پرونده: X6609859

کد آمبولانس: 3055

مشخصات عمومی بیمار		نام و نام خانوادگی: امیر عباس فرهادی			
شکلیت اصلی بومل CC	جنس:	میت	تاریخ تولد		
.....	<input type="checkbox"/> مؤنث	<input checked="" type="checkbox"/> آبی	0 ماه 0 کد ملی		
	<input checked="" type="checkbox"/> مذکر		33 سال		
	<input type="checkbox"/> نامشخص		آدرس محل فوریت: منطقه؟ ترمینال جنوب// داخل سرویس بهداشتی // اقا بدحال// (پشت مترو - جنب مسجد) آمبولانس		
		تلفن شخصی	تلفن اصلی		
		تلفن پزشکی			
کیلومتر آمبولانس		کد پرسنل آمبولانس		ثبات زمان	
کیلومتر حرکت	351042	کد تکمیلین ایشد	04:16:59	رسیدن به مرکز درمانی	.....
کیلومتر رسیدن به محل فوریت	730124	کد تکمیلین 1	04:24:35	تحويل به مرکز درمانی	.....
کیلومتر پایان مأموریت	0	کد تکمیلین 2	.....	پایان مأموریت	.....
کیلومتر رسیدن به پایگاه	-	رنگهده برادارگر	.....	رسیدن به پایگاه	.....
کیلومتر سوختگیری	-				
تشخیص اولیه بیماری		علائم همراه		نوع محل فوریت	
<input checked="" type="checkbox"/> ضرب و جرح	<input type="checkbox"/> شنج	<input checked="" type="checkbox"/> ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> چسب	<input type="checkbox"/> انگش نغمس	<input type="checkbox"/> آموزشی
<input type="checkbox"/> هیستریک	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> درخشکی	<input type="checkbox"/> تنفسی	<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی
<input type="checkbox"/> درد شکمی	<input type="checkbox"/> مایوگیسمی	<input type="checkbox"/> تورخ و استنراع	<input type="checkbox"/> ضعف و سیدالی	<input type="checkbox"/> تهریق	<input type="checkbox"/> اطاری
<input type="checkbox"/> زبال کرایک	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> ستهال	<input type="checkbox"/> سکنه مغزی	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> بزرگراه
<input type="checkbox"/> زایمان	<input type="checkbox"/> مایوگیسمی	<input checked="" type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> کاهش فشار	<input type="checkbox"/> سر درد	<input type="checkbox"/> راه فرعی
<input type="checkbox"/> سقط	<input type="checkbox"/> صدمات	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> اختلال رویی	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> راه روستایی
عقل حوادث					
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل			حوادث مرتبط با حمل و نقل		
<input type="checkbox"/> کشورت	<input type="checkbox"/> صداده راه هوایی	<input type="checkbox"/> شوق شدهگی در آب	<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه	<input type="checkbox"/> چاده ای	<input type="checkbox"/> وضعیت مصدوم
<input type="checkbox"/> برمگوردگی	<input type="checkbox"/> برق گرشنگی	<input type="checkbox"/> خودکنسی	<input type="checkbox"/> هوایی	<input type="checkbox"/> خاده ای	<input type="checkbox"/> خایر
<input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزدهگان	<input type="checkbox"/> جوان گزیدگی	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> دریایی	<input type="checkbox"/> خودروسیک	<input type="checkbox"/> برافنده
<input type="checkbox"/> سیر	<input type="checkbox"/> مایعات داغ	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> سوتگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> سوتگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> سرشین
<input type="checkbox"/> سیر	<input type="checkbox"/> نکتیکی	<input type="checkbox"/> حریق	<input type="checkbox"/> سمومیت	<input type="checkbox"/> سطح زمینی	<input type="checkbox"/> نامشخص
<input type="checkbox"/> سیر	<input type="checkbox"/> مواد مخدر	<input type="checkbox"/> سموم	<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> موقور	<input type="checkbox"/> سیر:
<input type="checkbox"/> سیر	<input type="checkbox"/> غیر همتراز	<input type="checkbox"/> همتراز	<input type="checkbox"/> سقرط	<input type="checkbox"/> زیر زمینی	<input type="checkbox"/> سیر:
<input type="checkbox"/> سیر	<input type="checkbox"/> سیر	<input type="checkbox"/> تروما در اثر یخفندان	<input type="checkbox"/> سیر	<input type="checkbox"/> سیر	<input type="checkbox"/> سیر:



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

تاریخ مصوریت: 1398/8/27
شماره سریال پرونده: X6609859
کد آمبولانس: 3055

تاریخچه پزشکی بیمار				تاریخچه داروی مصرفی					
<input type="checkbox"/>	بیابیت	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input type="checkbox"/>	اسم	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی		
<input type="checkbox"/>	سابقه دیابتی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی	<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون		
<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	روانی	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد		
<input type="checkbox"/>	نوی	<input type="checkbox"/>	عسرع	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	مطولیت		
<input type="checkbox"/>	سیر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عفونی	صلحیت دارویی یا ذکر نام #					
علامت حیاتی									
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
04:03:39	14	130/85	75	135	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			سمع		سمع		<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> دیالنه <input type="checkbox"/> میوتیک <input type="checkbox"/> بدون پلخ		
			L	R	L	R			
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			ریتم		ریتم				
			L	R	L	R			
تروما									
<input checked="" type="checkbox"/> نفاذ با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> حالت با ذکر علت آسیب					عملیات رهسازی بر روی صورت: <input type="checkbox"/> در حضور تکبیین <input checked="" type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکبیین				
انواع تروما:									
انواع ضایعه									
				چلو	20	<input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> برصه سوختگی :- <input type="checkbox"/> برصه سوختگی :- <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> ضایعه حسی <input type="checkbox"/> ضایعه حرکتی	<input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی بسته <input type="checkbox"/> جفن بیستال دارد <input type="checkbox"/> جفن بیستال ندارد <input checked="" type="checkbox"/> سوخا شدگی <input type="checkbox"/> بریدگی	<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input type="checkbox"/> کراتیدگی <input checked="" type="checkbox"/> قدرین <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 : 1398/8/27

شماره سریال پرونده : X6609859

کد آمبولانس : 3055

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	مشورات :	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مانیورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> بنسمن و نترن خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مناسک همسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سوگران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکنیسین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون نترات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-					
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-					
برگشت نامه										
شماره برگشت نامه						اینجانب خدمت آقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکنیسین ارشد			علت عدم پذیرش				
محل احضا و اثر انگشت شاهد			محل احضا و اثر انگشت ارشد			محل احضا و اثر انگشت				
اقلام مصرفی			توضیحات و ملاحظات مأموریت			مرکز درمانی				
			مورد آقای 33 ساله بدون سابقه پزشکی که به دنبال ضربه و جرح دچار تروما به همسه سینه شده اند. علائم حیاتی کنترل شد پذیرش انجام شد. بنسمن و فیکس ساری انجام شد و با رگ از به بیمارستان منتقل گردید. عوق 1033 چاه خوردگی سطحی می باشد و سپوریشن مجروح 97 می باشد. اعضای هفتگی هیچ آسیبی ندیده است			نام مرکز درمانی بهارلو				
						تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی				
						نام پزشک تحویل گیرنده				
						کد پزشک تحویل گیرنده				
						تحویل بدون رضایت <input type="checkbox"/>				

سند شماره ۱۱- تاریخ ماموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۶۲۳۸، نام و نام خانوادگی رضا طاهری، سن ۲۶ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات/ پیروزی/ کنار گذر امام علی/ نرسیده به خیابان عزیزی/ اعزام به مرکز درمانی: امام حسین (ع) علائم: خونریزی / بریدگی

توضیحات و ملاحظات ماموریت: مصدوم آقا ۲۶ ساله ... ضرب و جرح دچار تروما های متعدد شده که پس از رسیدن بر بالین وی کنترل علائم حیاتی شرح حال معاینه فیزیکی پانسمان و کنترل خونریزی، بی حرکت سازی، فیکس اندام، انتقال به داخل کد با هوشیاری کامل به بیمارستان منتقل شد.



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

تاریخ ماموریت: 1398/8/25
شماره سریال پرونده: X6600515
کد آمبولانس: 6238

مشخصات عمومی بیمار			نام و نام خانوادگی بیمار: [Red Box]				حضور سن: 26 سال	
جنس: <input type="checkbox"/> زن <input checked="" type="checkbox"/> مرد	میلیت: <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی	کد ملی: 0	ماه: 0	سال: 0	آدرس محل فوریت: اغتشاشات منطقه ۲۲/ پیروزی / کنار گذر امام علی / نرسیده به خیابان عزیزی / موتور پلیس آمبولانس #	تلفن شخصی: [Red Box]		
کیلومتر آمبولانس			کد پرسنل آمبولانس		ثبت زمان			
کیلومتر حرکت	120100	کد تکمیلین اول	00:18:08	رسیدن به مرکز درمانی	دقیقت ماموریت			
کیلومتر رسیدن به محل فوریت	150170	کد تکمیلین 1	-	تحویل به مرکز درمانی	حرکت از پایگاه			
کیلومتر پایان ماموریت	0	کد تکمیلین 2	*****	پایان ماموریت	رسیدن به محل فوریت			
کیلومتر سوختگیری	-	رقمده امدادگر	*****	رسیدن به پایگاه	حرکت از محل فوریت			
تشخیص اولیه بیماری			علائم همراه				نوع محل فوریت	
<input type="checkbox"/> ضرب و جرح	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تب	<input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی	<input type="checkbox"/> گیجی	<input type="checkbox"/> دردی	<input type="checkbox"/> تگی نفس	<input type="checkbox"/> آموزش	<input type="checkbox"/> مسکونی
<input type="checkbox"/> هیستریک	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> قفسی	<input type="checkbox"/> در شکمی	<input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> درد گتسه صدری	<input type="checkbox"/> مرازک درمانی	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی	<input type="checkbox"/> صنعتی
<input type="checkbox"/> درد شکمی	<input type="checkbox"/> هایپرگیسمی	<input type="checkbox"/> سب و سمنی	<input type="checkbox"/> تبوع و استفراخ	<input type="checkbox"/> بی هویشی گذرا	<input type="checkbox"/> تعریق	<input type="checkbox"/> آذاری	<input type="checkbox"/> آذاری	<input type="checkbox"/> امکان ورزش و تفریح
<input type="checkbox"/> زوال ترکیبک	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> سکنه مغزی	<input type="checkbox"/> سهاش	<input type="checkbox"/> تب و لرز	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> بزرگراه	<input type="checkbox"/> بزرگراه	<input type="checkbox"/> معاینه تخصصی آزاد راه
<input type="checkbox"/> رایسان	<input type="checkbox"/> هایپرگیسمی	<input checked="" type="checkbox"/> کاهش فشار	<input checked="" type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> فراموشی بعد از تریه	<input type="checkbox"/> راه فرعی	<input checked="" type="checkbox"/> راه اصلی	<input type="checkbox"/> راه اصلی
<input type="checkbox"/> نقط	<input type="checkbox"/> تشنحات	<input type="checkbox"/> اکتالان روانی	<input type="checkbox"/> اکتالان هوشیاری		<input type="checkbox"/> اکتالان حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> راه روستایی	<input type="checkbox"/> راه روستایی	<input type="checkbox"/> راه روستایی
<input checked="" type="checkbox"/> سایر بیماری جرح			سایر با ذکر نام: سایر				سایر با ذکر نام: -	
سبب حوادث								
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل				حوادث مرتبط با حمل و نقل				
<input type="checkbox"/> هشونت	<input type="checkbox"/> اسداد راه هوایی	<input type="checkbox"/> حرق شدگی در آب	<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه	<input type="checkbox"/> چاده ای	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> وضعیت مصدوم		
<input type="checkbox"/> سرماگوردگی	<input type="checkbox"/> برق گرتگی	<input type="checkbox"/> خودکشی	<input type="checkbox"/> آب	<input type="checkbox"/> خوراک	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> خوراک		
<input type="checkbox"/> گزش حشرات، خزندگان	<input type="checkbox"/> حیوان گزیدگی	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> لاری	<input type="checkbox"/> خوراک سبک	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> خوراک سبک		
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> مایعات داغ	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> پلی	<input type="checkbox"/> خوراک سنگین	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> خوراک سنگین		
<input type="checkbox"/> لکل	<input type="checkbox"/> مواد مخدر	<input type="checkbox"/> سموم	<input type="checkbox"/> سبط زهیمی	<input type="checkbox"/> موتور	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> موتور		
<input type="checkbox"/> بر خورد با نیروی مکانیکی پیچان	<input type="checkbox"/> غیر همتران	<input type="checkbox"/> همتران	<input type="checkbox"/> زهر زمینی	<input type="checkbox"/> هورچکه	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> هورچکه		
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> تروما در اثر یکنهان	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> جاده ای	<input type="checkbox"/> سایر		



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/25
 شماره سریال پرونده : X6600515

کد آمبولانس : 6238

تاریخچه داروی مصرفی										تاریخچه پزشکی بیمار																
بیماریهای قلبی					آسم					سابقه جراحی					دیابت											
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>											
تغییرات فشار خون					سنگه مغزی					مشکلات گوارشی					سابقه بدخیمی											
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>											
سوء مصرف مواد					روانی					مشکلات کلیوی					بیماریهای خاص											
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>											
مطولیت					سابقه تروما					عصرع					زوی											
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>											
حسبیت دارویی با ذکر نام #										بیماریهای عفونی																
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>																
علامت حیاتی																										
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15																	
01:12:40	16	100/60	92	-	98	4	5	6	15																	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-																	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-																	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-																	
بررسی قلوب و عروق							بررسی ریه							بررسی مریکها												
تروما			سمع			L			R			L			R			اندازه								
<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			تروما					
صدای صفی			ریتم			تروما			ریتم			تروما			ریتم			تروما			تروما					
<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
منظم			تا منظم			منظم			تا منظم			منظم			تا منظم			منظم			تا منظم			منظم		
<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		
تروما																										
عملیات رهسازی بر روی صدوم :										قبل از رسیدن تکبیین																
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>																
نفاذ با ذکر علت آسیب										انواع تروما :																
<input type="checkbox"/>										<input checked="" type="checkbox"/>																
انواع ضایعه																										
تغییر شکل					تنگی پل					تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی											
<input checked="" type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>											
کراتیدگی					تقطع عضو					تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی											
<input checked="" type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>											
تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی											
<input checked="" type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>											
تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی											
<input checked="" type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>											
تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی											
<input checked="" type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>											
تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی											
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>											
تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی					تنگی پاره شدگی											
<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 مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6600515

کد آمبولانس: 6238

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا احترام به مرکز درمانی	کد پزشکی								
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	iv	1.000	میل سلین-500	-	<input type="checkbox"/> مانیورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کادپ / مأموریت پشتیبان	مستورات:	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار	=====	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> زک گیری	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> پسمان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضاء		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملاتر هسه بیته	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حملیت تکفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبیل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> فیکس سنون قرائت	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشاوره لارم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی		-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی		-	-	-	-				
برگشت نامه									
شماره برگشت نامه					ایجاب خدمت آقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل احضا و اثر انگشت شاهد			محل احضا و اثر انگشت ارشد			محل احضا و اثر انگشت			
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی			
		ضرب و جرح دچار تروما های متعدد شده که پس از رسیدن بر بلین وی کنترل علائم حیاتی شرح حال معاینه فیزیکی پسمان و کنترل خونریزی بی حرکت سازی فیکس اندام انتقال به داخل کد با هوشیاری کامل به بیمارستان منتقل شد				نام مرکز درمانی: امام حسین (ع) تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی: نام پزشک تحویل گیرنده: کد پزشک تحویل گیرنده: تحویل بدون رضایت: <input type="checkbox"/>			
چسب 3, M آنژیوکت طوسی, آنژیوکت طوسی چسب 3- چسب آنژیوکت									

سند شماره ۱۲ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۵۲۷۴، نام و نام خانوادگی سید یاسر حسنی، سن ۳۵ سال،
 آدرس محل فوریت: اغتشاشات/ میدان صادقیه/ ستارخان/ انتهای خیابان شهدای شمالی/ مهندسی راهور/ ناجا/ ۵ مجروح/ الویت
 ۲ / اعزام به مرکز درمانی: حضرت رسول / ساعت تحویل به مرکز ۱۸ و ۲۵ دقیقه
 انواع تروما: ترومای نافذ با ذکر علت آسیب
 علائم: خونریزی / تندرns / تورم / پاره شدگی / تروما به سر

توضیحات و ملاحظات مأموریت: در پی درگیری خیابانی دچار تروما به گردیده که قبل از رسیدن از محل حادثه به قرارگاه
 راهور منتقل گردیده بودند علائم حیاتی کنترل شد اقدامات درمانی و اولیه انجام شد جهت ادامه درمان سریعاً تحویل مرکز
 درمانی شدند (تایم مازاد داخل بیمارستان بدلیل نبودن تخت و تایم مازاد ۹۷ شدن محل فوریت به دلیل ۱۰۱۳ شدید) در ضمن
 بدلیل ۱۰۷ بودن نت فایل با تاخیر بسته شد. که به همکاران پیگیری اطلاع داده شد.



سازمان اورژانس کشور
 لسن تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25
 شماره سریال پرونده: X6597536
 کد آمبولانس: 5274

مشخصات عمومی بیمار		نام و نام خانوادگی: سید یاسر حسنی			
جنس: <input type="checkbox"/> زن <input checked="" type="checkbox"/> مرد	ملیت: <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی	کد ملی: 0	ماه: 0		
موت: <input type="checkbox"/>	سال: 35	روز: 0	ساعت: 0		
مادر: <input checked="" type="checkbox"/>	آدرس محل فوریت: اغتشاشات مطهره/ میدان صادقیه/ ستارخان/ انتهای خیابان شهدای شمالی/ مهندسی راهور/ ناجا/ ۵ مجروح/ الویت ۲	تلفن شخصی: -----	تلفن پزشکی: -----		
نام مشخص: -----	کیلومتر آمبولانس: -----	کد پریمدل آمبولانس: 150041	گیت زمان: 17:44:28		
دریافت مأموریت: -----	کیلومتر حرکت: -----	کد تکمیلین ورود: 150041	رسیدن به مرکز درمانی: -----		
حرکت از پایگاه: -----	کیلومتر رسیدن به محل فوریت: -----	کد تکمیلین 1: 350937	تحویل به مرکز درمانی: 18:15:23		
رسیدن به محل فوریت: -----	کیلومتر پایان مأموریت: -----	کد تکمیلین 2: 0	پایان مأموریت: -----		
حرکت از محل فوریت: -----	کیلومتر سرنگریزی: -----	رقعه بردارگر: -	رسیدن به پایگاه: -----		
تشخیص اولیه بیماری		تداوم همراه		نوع محل فوریت	
<input type="checkbox"/> سبب و جرح	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> تب و بیخوابی	<input type="checkbox"/> تب	<input type="checkbox"/> آلودگی	<input type="checkbox"/> تنگی نفس
<input type="checkbox"/> هیپوترمی	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/> درماتیتی	<input type="checkbox"/> تازی تپ	<input type="checkbox"/> مرازگ درمانی	<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری
<input type="checkbox"/> درد شکمی	<input type="checkbox"/> تغییر گلیسمی	<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> بیخوابی گذرا	<input checked="" type="checkbox"/> تفریق	<input type="checkbox"/> نارسایی و تورم
<input type="checkbox"/> برال کوبیک	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> سینه منقبض	<input type="checkbox"/> تب و لرز	<input type="checkbox"/> بزرگراه	<input type="checkbox"/> معیبه ترفیعی آزاد راه
<input type="checkbox"/> زردی	<input type="checkbox"/> کاهش گلیسمی	<input checked="" type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> راه فرعی	<input type="checkbox"/> راه اصلی
<input type="checkbox"/> سقط	<input type="checkbox"/> کمخونی	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> زردی	<input type="checkbox"/> زردی
سایر یافته نام: -----		سایر یافته نام: -----		سایر یافته نام: -----	
تخلی حوادث					
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل			حوادث مرتبط با حمل و نقل		
<input type="checkbox"/> کسوف	<input type="checkbox"/> آلودگی راه هوایی	<input type="checkbox"/> حریق شدگی در آب	<input type="checkbox"/> وسیله نظایه	<input type="checkbox"/> چاده ای	<input type="checkbox"/> وضعیت صندوق
<input type="checkbox"/> سرمازدگی	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی	<input type="checkbox"/> خوردگی	<input type="checkbox"/> هوایی	<input type="checkbox"/> خودرو سبک	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> گزش حشرات، گزده دگان	<input type="checkbox"/> حیوان گزیده	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> دریایی	<input type="checkbox"/> خودرو سنگین	<input type="checkbox"/> راننده
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> مایعات داغ	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> زمینی	<input type="checkbox"/> موتور	<input type="checkbox"/> سرنشین
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> مواد معدنی	<input type="checkbox"/> سموم	<input type="checkbox"/> سطح زمین	<input type="checkbox"/> موتور	<input type="checkbox"/> ناشکس
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر همتراز	<input type="checkbox"/> سایر همتراز	<input type="checkbox"/> سایر همتراز	<input type="checkbox"/> سایر همتراز	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> سایر همتراز	<input type="checkbox"/> سایر همتراز	<input type="checkbox"/> سایر همتراز	<input type="checkbox"/> سایر همتراز	<input type="checkbox"/> سایر



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/25
شماره سریال پرونده : X6597536
کد آمبولانس : 5274

تاریخچه پزشکی بیمار					تاریخچه داروی مصرفی						
<input type="checkbox"/>	بیابیت	<input type="checkbox"/>	سابقه چراحی	<input type="checkbox"/>	اسم	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی	<input type="checkbox"/>	دارد		
<input type="checkbox"/>	سابقه پدکیمی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی	<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	بیماریهای مختص	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	روانی	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	دیابت	<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	مطلوبیت	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	سیر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عفونی	حساسیت دارویی یا ذکر نام #							
علامه حیاتی											
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15		
17:13:13	15	120/70	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	سمع	L	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	R	<input checked="" type="checkbox"/>	L	اندازه	R	
<input type="checkbox"/>	صدای صفی		<input type="checkbox"/>	زال	<input type="checkbox"/>	سمع	<input type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	منظم	ریتم	<input type="checkbox"/>	باردم طولانی / ویز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیابانه	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	نا منظم		<input checked="" type="checkbox"/>	منظم	<input checked="" type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	میوتیک	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	بخوان پلخ	<input type="checkbox"/>			
تروما											
عملیات رهاسازی بر روی صدموم : <input checked="" type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکبیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکبیسین <input checked="" type="checkbox"/> نافه با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> بافت با ذکر علت آسیب انواع تروما :											
انواع ضایعه											
		عقب mt			جلو mt	<input checked="" type="checkbox"/>	پاره شدگی	<input type="checkbox"/>	شکستگی باز	<input type="checkbox"/>	تغییر شکل
						<input type="checkbox"/>	قطع عضو	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	کراشیدگی
						<input type="checkbox"/>	برخه سوختگی :-	<input type="checkbox"/>	دارد	<input type="checkbox"/>	ندرس
						<input type="checkbox"/>	برصه سوختگی :-	<input type="checkbox"/>	ندارد	<input type="checkbox"/>	به شدگی
						<input type="checkbox"/>	کونیزری	<input type="checkbox"/>	کوفتگی	<input type="checkbox"/>	تورم
						<input type="checkbox"/>	ضایعه حسی	<input type="checkbox"/>	مورخ شدگی	<input checked="" type="checkbox"/>	در رفتگی
						<input type="checkbox"/>	ضایعه حرکتی	<input type="checkbox"/>	بردیگی	<input type="checkbox"/>	



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6597536

کد آمبولانس: 5274

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	قبل	بعد	قبل	بعد
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشک	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مفلورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> سرح حال و معینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کاذب / مأموریت اشتباه	مستورات:	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> رگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> پالس و فنرف 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"/> مناسر هسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروکترن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حملیت تنفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سنون قرات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشاوره لارم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار									
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی									
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی									
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			
			در پی درگیری کبلیلی دچار تروما به گردیده که قبل از رسیدن از محل حادثه به قرارگاه راهور منتقل گردیده بوده. علایم حیاتی کنترل شد. اقدامات درمانی و اولیه انجام شد جهت ادامه ی درمان سریعاً تحویل مرکز درمانی شهرد (تیم مازاد دلگل بیمارستان به هیل بودن تخت و تیم مازاد 97 شدن محل فوریت به هیل 1013 شدید) درضمن به هیل 107 بودن نت هیل با تکمیلین پسته شد. که به همکاران پیگیری اطلاع داده شد			نام مرکز درمانی حضرت رسول تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 18:54 نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان حضرت رسول کد پزشک تحویل گیرنده 10004 تحویل بدون رضایت			

سند شماره ۱۳ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۴۱۳۵، نام و نام خانوادگی عباس بیگ محمدی، سن ۵۳ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات در منطقه ۱۵/ افسریه / ابتدای اتوبان امام رضا/ سامانه ۲ اتوبوسرانی شرکت واحد/ واحد مددکاری/ اعزام به مرکز درمانی : شهدای گمنام / ساعت تحویل به مرکز ۱۷ و ۴۵ دقیقه
 علائم: تنگی نفس / تهوع و استفراغ / تنفسی / بیماریهای قلبی / ریوی
 توضیحات و ملاحظات مأموریت: مددجو آقا بیدار و هوشیار با سابقه مذکور که به اظهار خودش راننده اتوبوس واحد بوده در خیابان گاز اشک آور زدن و با سوزش چشم و دیس پنه به بهداری شرکتشان مراجعه حین ۹۷ مددجو اکسیژن تراپی میشد وی اس چک شد خط وریدی برقرار گردید طبق هماهنگی با پذیرش به بیمارستان گمنام انتقال داده شد.



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6597891

کد آمبولانس: 4152

مشخصات عمومی بیمار									
نام و نام خانوادگی: عباس بیگ محمدی		جنس: <input type="checkbox"/> زن <input checked="" type="checkbox"/> مرد		مفیت: <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی		شکایت اصلی بیمار CC: *****			
خود سن: 53 سال		ماه: 0		کد ملی: 0		موت: <input type="checkbox"/>			
آدرس محل فوریت: اغتشاشات در منطقه 15/ افسریه / ابتدای اتوبان امام رضا/ سامانه 2 اتوبوسرانی شرکت واحد/ واحد مددکاری/ اعزام به مرکز درمانی: شهدای گمنام / ساعت تحویل به مرکز 17 و 45 دقیقه		تلفن شخصی: *****		تلفن پشتیبانی: *****		نا مشخص: <input type="checkbox"/>			
ثابت زمان			کد پرونده آمبولانس			کیلومتر آمبولانس			
دریافت مأموریت	رسیدن به مرکز درمانی	-	کد تکمیلین انشود	350646	کیلومتر حرکت	*****			
حرکت از پلیگاد	تحویل به مرکز درمانی	-	کد تکمیلین 1	351220	کیلومتر رسیدن به محل فوریت	*****			
رسیدن به محل فوریت	پایان مأموریت	*****	کد تکمیلین 2	-	رسیدن به پلیگاد	*****			
حرکت از محل فوریت	رسیدن به پلیگاد	*****	راننده امدادگر	-	کیلومتر سوختگیری	*****			
نوع محل فوریت			علائم همراه			تشخیص اولیه بیماری			
<input checked="" type="checkbox"/> مسکونی	<input checked="" type="checkbox"/> تنگی نفس	<input checked="" type="checkbox"/> بیخوشی	<input type="checkbox"/> ضعف و بیخوشی	<input type="checkbox"/> گیجی	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> ضرب و جرح			
<input type="checkbox"/> صنعتی	<input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> درخشندگی	<input checked="" type="checkbox"/> تنفسی	<input type="checkbox"/> زایش فشار خون	<input type="checkbox"/> هیپوتریک			
<input type="checkbox"/> امکان ورزشی و تفریحی	<input type="checkbox"/> تهریق	<input type="checkbox"/> بیخوشی گذرا	<input type="checkbox"/> کبودی و استفراغ	<input type="checkbox"/> ضعف و سبکی	<input type="checkbox"/> تغییر گیجی	<input type="checkbox"/> درد شکمی			
<input type="checkbox"/> سایر نرفیتی آزاد راه	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> تب و لرز	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> سبکته مغزی	<input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری	<input type="checkbox"/> زوال حلیک			
<input type="checkbox"/> راه اصلی	<input type="checkbox"/> فراموشی بعد از ضربه	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> کاهش فشار	<input type="checkbox"/> تغییر گیجی	<input type="checkbox"/> زایمان			
<input type="checkbox"/> راه روستایی	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> اختلال روانی	<input type="checkbox"/> کساحات	<input type="checkbox"/> سقط	<input type="checkbox"/> سایر			
سایر با فکر نام :-			سایر با فکر نام: سایر						
شرح حوادث									
حوادث مرتبط با حمل و نقل					حوادث مرتبط با حمل و نقل				
<input type="checkbox"/> پدیدهت ضعیف	<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه	<input type="checkbox"/> تخریب شدگی در آب	<input type="checkbox"/> اسداد راه هوایی	<input type="checkbox"/> کشونت					
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> چاده ای	<input type="checkbox"/> خودکشی	<input type="checkbox"/> برفی گرهنگی	<input type="checkbox"/> سرماخوردگی					
<input type="checkbox"/> برانده	<input type="checkbox"/> خودرو سیک	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> حیوان گریدگی	<input type="checkbox"/> گزش حشرات ، خزندگان					
<input type="checkbox"/> سرتشین	<input type="checkbox"/> خودرو سنگین	<input type="checkbox"/> زنی	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> شیمیایی	<input type="checkbox"/> ملیعات داغ	<input type="checkbox"/> لکترویکی	<input type="checkbox"/> حریق	<input type="checkbox"/> سایر	
<input type="checkbox"/> نامشخص	<input type="checkbox"/> موتور	<input type="checkbox"/> سمومیت	<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> دارو	<input type="checkbox"/> مواد معدنی	<input type="checkbox"/> سموم	<input type="checkbox"/> شکل		
<input type="checkbox"/> سایر:	<input type="checkbox"/> دوچرخه	<input type="checkbox"/> زیز زبیلی	<input type="checkbox"/> سقوط	<input type="checkbox"/> اختراز	<input type="checkbox"/> غیر اختراز	برخورد با نیروی مکانیکی بیجان			
<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> تروما در اثر یخبندان	سایر						



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/25
شماره سریال پرونده : X6597891
کد امبولانس : 4152

تاریخچه پزشکی بیمار				تاریخچه داروی مصرفی					
<input type="checkbox"/>	فیثت	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input checked="" type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی	<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون		
<input type="checkbox"/>	سابقه بدخیمی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد		
<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	روانی	<input type="checkbox"/>	مغولیت		
<input checked="" type="checkbox"/>	تبوی	<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	صیلت دارویی یا ذکر نام -		
<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عصبی						
علامه حیاتی									
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
17:27	18	120/80	83	-	98	4	5	6	15
17:51	1	120/80	81	-	99	4	5	6	15
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-
بررسی قلب و عروق			بررسی ریه				بررسی مریکها		
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای صفی			سمع		سمع		<input checked="" type="checkbox"/> اندازه <input checked="" type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> فیالته <input type="checkbox"/> مپوتیک <input type="checkbox"/> بدون پسخ		
			L	R	L	R			
<input checked="" type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نا منظم			ریتم		ریتم				
			L	R	L	R			
تروما									
<input type="checkbox"/> نشانه با ذکر علت آسیب <input type="checkbox"/> انواع تروما : <input type="checkbox"/> حالت با ذکر علت آسیب					<input type="checkbox"/> عملیات رهسازی بر روی مصورم : <input type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکبیین <input type="checkbox"/> در حضور تکبیین				
انواع ضلیعه									
				<input type="checkbox"/> پاره شدگی <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> فرجه سوختگی :- <input type="checkbox"/> برده سوختگی :- <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> ضلیعه حسی <input type="checkbox"/> ضلیعه حرکتی		<input type="checkbox"/> شکستگی باز <input type="checkbox"/> شکستگی بسته <input type="checkbox"/> بیض پوستال دارد <input type="checkbox"/> کوفتگی <input type="checkbox"/> سوراخ شدگی <input type="checkbox"/> پرودگی		<input type="checkbox"/> تغییر شکل <input type="checkbox"/> کراشیدگی <input type="checkbox"/> تدریس <input type="checkbox"/> له شدگی <input type="checkbox"/> تورم <input type="checkbox"/> در رفتگی	

سند شماره ۱۴ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۵۲۷۴، نام و نام خانوادگی علیرضا رجیبی، سن ۳۰ سال،
 آدرس محل فوریت: اغتشاشات در میدان صادقیه/ ستارخان/ انتهای خیابان شهدای شمالی/ مهندسی راهور/ ناجا/ ۵ مجروح/
 الویت ۲ / اعزام به مرکز درمانی : حضرت رسول / ساعت تحویل به مرکز ۱۸ و ۵۴ دقیقه
 انواع ضایعه : **تندرنس، تروما**

انواع تروما : **بلانت [ترومای پهن و گسترده]**

توضیحات و ملاحظات مأموریت : در پی **درگیری خیابانی دچار تروما به کمر و پهلوی چپ** گردیده که قبل از رسیدن از محل حادثه به فرارگاه راهور منتقل گردیده بودند علائم حیاتی کنترل شد. اقدامات درمانی و اولیه انجام شد جهت ادامه ی درمان سریعاً تحویل مرکز درمانی شدند.



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

تاریخ مأموریت : 1398/8/25
 شماره سریال پرونده : X6597536/02
 کد آمبولانس : 5274

مشخصات عمومی بیمار				
نام و نام خانوادگی	نوع بیمار	تاریخ تولد	جنس	شکایت اصلی بیمار
علی رضا رجیبی	محل فوریت	30 سال	مرد	-----
کد ملی	ماه	0	0	-----
-----	-----	-----	-----	-----
آدرس محل فوریت	تلفن اصلی	تلفن پشتیبانی	تاریخ تولد	تاریخ فوت
-----	-----	-----	-----	-----
ثبت زمان		کد پرسنل آمبولانس		
دریافت مأموریت	رسیدن به مرکز درمانی	17:44:28	کد تکمیلین ارشد	150041
حرکت از پایگاه	تحویل به مرکز درمانی	18:15:23	کد تکمیلین 1	350937
رسیدن به محل فوریت	پایان مأموریت	-----	کد تکمیلین 2	0
حرکت از محل فوریت	رسیدن به پایگاه	-----	راننده امدادگر	-
تشخیص اولیه بیماری				
علائم همراه				
مشکوک	آلودگی	تنگی نفس	دوبینی	ضعف و بیحالی
منعفی	مراکز درمانی	زرد افسردگی	تاری دید	دردهای
مشکوک	تاری	تاری	تاری	تاری
مشکوک	پرزوگراد	سرگیجه	تهی و لرز	سهال
مشکوک	راه اصلی	گرمای بعد از ضربه	سردرد	کوفتگی
مشکوک	راه روستایی	لختلان حسی و حرکتی	لختلان هوشیاری	لختلان رویی
سایر با ذکر نام :-		سایر با ذکر نام :-		
تعلل حوادث				
وضعیت مصدوم		حوادث مرتبط با حمل و نقل		
عابر	وسيله نظيره	حرق شدگی در آب		
راننده	چاده ای	اصهاده راه هوایی		
سرنشین	خودرو سبک	برق گرفتگی		
نفسکش	خودرو سنگین	حيوان گريده گي		
سایر:	موتور	سختگی جسم داغ		
-	دوچرخه	سختگی جسم داغ		
-	سایر	سختگی جسم داغ		



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

تاریخ مصوریت : 1398/8/25
شماره سریال پرونده : X6697536/02

کد آمبولانس : 5274

تاریخچه پزشکی بیمار						تاریخچه داروی مصرفی			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<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"/>	<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
17:14:39	15	130/70	88	-	98	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"/>	سمع	L	R	سمع	L	اندازه	R	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	بیابانه	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ریتم	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	هیپوتیک	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بخوان پلنگ	<input type="checkbox"/>
تروما									
انواع تروما : <input type="checkbox"/> نافذ با ذکر علت آسیب <input checked="" type="checkbox"/> با لامت با ذکر علت آسیب					عملیات رهسازی بر روی صورت : <input type="checkbox"/> در حضور تکلیسین <input checked="" type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکلیسین				
نوع ضربه									
		عقب 22.24			چپ	<input type="checkbox"/>	پاره شدگی	<input type="checkbox"/>	تغییر شکل
						<input type="checkbox"/>	سفتگی	<input type="checkbox"/>	تورم
						<input type="checkbox"/>	قطع عضو	<input type="checkbox"/>	در رفتگی
						<input type="checkbox"/>	فرجه سوختگی :-	<input checked="" type="checkbox"/>	تندرس
						<input type="checkbox"/>	فرجه سوختگی :-	<input type="checkbox"/>	به بندگی
						<input type="checkbox"/>	خونریزی	<input type="checkbox"/>	تورم
						<input type="checkbox"/>	ضربه حسی	<input type="checkbox"/>	در رفتگی
						<input type="checkbox"/>	ضربه حرکتی	<input type="checkbox"/>	



سازمان اورژانس کشور
استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6597536/02

کد آمبولانس: 5274

نتیجه مأموریت	مشاوره پزشکی	دارو و سرم مصرفی				اقدامات درمانی			
		نحوه تجویز	دوز	نام دارو	زمان	بعد	قبل	بعد	قبل
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال یا اعزام به مرکز درمانی	کد پزشکی	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مافیوتورینگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ساکشن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> شرح حال و معاینه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کلاب / مأموریت پشتیبان	مستورات:	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> زنگ گیری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بانس 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 اعضاء	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملاتر فکسه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس سروگردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حمایت تکفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندامها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین	-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> تکس سون فرانک	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-				
برگت نامه									
شماره برگت نامه					اینجانب خدمت آقای				
نام و نام خانوادگی شاهد			نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد			علت عدم پذیرش			
محل احضا و اثر انگشت شاهد			محل احضا و اثر انگشت ارشد			محل احضا و اثر انگشت			
اقلام مصرفی		توضیحات و ملاحظات مأموریت				مرکز درمانی			
		در پی درگیری کلبلی دچار تروما به کمر و پهلوی چپ گردیده که قبل از رسیدن از محل حادثه به قرارگاه راهور منتقل گردیده بوده علائم حیاتی کنترل شده اقدامات درمانی و اولیه انجام شد جهت ادامه ی درمان سریعاً تحویل مرکز درمانی شهید				نام مرکز درمانی حضرت رسول تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی 18:54 نام پزشک تحویل گیرنده بیمارستان حضرت رسول کد پزشک تحویل گیرنده 10004			
						تحویل بدون رضایت <input type="checkbox"/>			

سند شماره ۱۵ - تاریخ مأموریت ۲۵ آبان ۱۳۹۸، کد آمبولانس ۴۲۰۳، نام و نام خانوادگی فتح الله احمدی، سن ۲۳ سال، آدرس محل فوریت: اغتشاشات در ۴۶ متری نارمک / مقابل بیمارستان انصاری / نبش خیابان ۵۸ / اعزام به مرکز درمانی: امام حسین

علائم: سرگیجه / سردرد / تهوع و استفراغ / ضرب و جرح، تندرnis / هد تروما

توضیحات و ملاحظات مأموریت: بیمار آقای ۲۳ ساله... طی درگیری دچار هد تروما و سرگیجه شدند..



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

تاریخ مأموریت: 1398/8/25
شماره سریال پرونده: 6599793 X
کد آمبولانس: 4203

مشخصات عمومی بیمار			
نام و نام خانوادگی: فتح الله احمدی	جنس: <input checked="" type="checkbox"/> مرد / <input type="checkbox"/> زن	مذیت: <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی / <input type="checkbox"/> غیر ایرانی	شکایت اصلی بیمار CC:
حرفه سن: سال 23	ماه: 0	کد ملی:	آدرس محل فوریت: اغتشاشات منطقه ۴۶ متری نارمک، مقابل بیمارستان انصاری، نبش خیابان ۵۸ / آمبولانس / آمبولانس #
تلفن شهری:	تلفن پشتیبانی:	تلفن اضطراری: ۱۱۵	نام پزشک:
ثابت زمان		کد پرونده آمبولانس	
دریافت مأموریت:	رسیدن به مرکز درمانی: 22:50:00	کد تکمیلین ایشد: -	کیلومتر حرکت:
حرکت از پلیگاه:	تحويل به مرکز درمانی: 23:00:00	کد تکمیلین 1	کیلومتر رسیدن به محل فوریت:
رسیدن به محل فوریت:	پایان مأموریت:	کد تکمیلین 2	رسیدن به پلیگاه:
حرکت از محل فوریت:	رسیدن به پلیگاه:	راشده اندادگر: -	کیلومتر سوختگیری:
نوع محل فوریت		علائم همراه	
<input type="checkbox"/> مسکونی	<input type="checkbox"/> آموزشی	<input type="checkbox"/> تنگی نفس	<input type="checkbox"/> تب
<input type="checkbox"/> صنعتی	<input type="checkbox"/> مراکز درمانی	<input type="checkbox"/> درد قفسه صدری	<input type="checkbox"/> تاری دید
<input type="checkbox"/> ایستادن و نشستن و خوابیدن	<input type="checkbox"/> تفریحی	<input type="checkbox"/> بیخوابی	<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ
<input type="checkbox"/> عبور نرفتنی آزاد راه	<input type="checkbox"/> بزرگراه	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> سبب و علل
<input type="checkbox"/> راه اصلی	<input type="checkbox"/> راه فرعی	<input type="checkbox"/> سر درد	<input type="checkbox"/> واکزیری
<input type="checkbox"/> راه روستایی	<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> اختلال هوایی	<input type="checkbox"/> اختلال روحی
سایر یا فکر نام: -		سایر یا فکر نام: هد تروما	
عقل حوادث			
حوادث مرتبط با حمل و نقل		حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل	
<input type="checkbox"/> وضعیت صدمه	<input type="checkbox"/> وسیله نقلیه	<input type="checkbox"/> عرق شده گدی در آب	<input type="checkbox"/> اسهاد راه هوایی
<input type="checkbox"/> سبب	<input type="checkbox"/> چاده ای	<input type="checkbox"/> خود کشی	<input type="checkbox"/> برق گرفتگی
<input type="checkbox"/> براننده	<input type="checkbox"/> خودرو سبک	<input type="checkbox"/> گرما زدگی	<input type="checkbox"/> حیوان گزیدگی
<input type="checkbox"/> سرنشین	<input type="checkbox"/> خودرو سنگین	<input type="checkbox"/> سوختگی جسم داغ	<input type="checkbox"/> شیخیلی
<input type="checkbox"/> مشخص	<input type="checkbox"/> موتور	<input type="checkbox"/> مسمومیت	<input type="checkbox"/> مایعات داغ
<input type="checkbox"/> سایر:	<input type="checkbox"/> دوچرخه	<input type="checkbox"/> زیر زمین	<input type="checkbox"/> CO
<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> تروما در اثر یخبندان	<input type="checkbox"/> مواد مخدر
			<input type="checkbox"/> برهورد با نیروی مکانیکی بیجان
			<input type="checkbox"/> سایر



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

تاریخ مصدومیت : 1398/8/25
شماره سریال پرونده : X6599793
کد آمبولانس : 4203

تاریخچه پزشکی بیمار					تاریخچه داروی مصرفی					
<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی	<input type="checkbox"/>	اسم	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input type="checkbox"/>	فیباخت	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	سابقه بدخیمی	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد	<input type="checkbox"/>	روانی	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	مغولیت	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	نوعی	<input type="checkbox"/>		
حساسیت دارویی یا ذکر نام -					<input type="checkbox"/>	بیماریهای عفونی	<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/>	
علامت حیاتی										
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15	
00:00	18	110/70	92	-	98	4	5	6	15	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	
بررسی قلوب و عروق			بررسی ریه				بررسی مریکها			
<input type="checkbox"/>	نرمال	سمع	L	<input type="checkbox"/>	نرمال	R	<input type="checkbox"/>	L	اندازه	R
<input type="checkbox"/>	صدای صدفی		<input type="checkbox"/>	رال	<input type="checkbox"/>	سمع	<input type="checkbox"/>	نرمال	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	منظم	ریتم	<input type="checkbox"/>	بازدم طولانی / ویز	<input type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	فیلاته	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	نا منظم		<input type="checkbox"/>	منظم	<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	مپوتیک	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	بخوان پلنخ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
تروما										
نقشه با ذکر علت آسیب					انواع تروما :		عملیات رهاسازی بر روی مصدوم :			
مالت با ذکر علت آسیب							قابل از رسیدن تکلیفین <input type="checkbox"/> در حضور تکلیفین <input type="checkbox"/>			
نوع ضربه										
قلب		چلو		پاره شدگی		شکستگی باز		تغییر شکل		
-		-		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				قطع عضو		شکستگی بسته		کراتیدگی		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				برخه سوختگی :-		شکستگی درجه 1		تدریس		<input checked="" type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				برخه سوختگی :-		شکستگی درجه 2		به شدگی		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				خونریزی		شکستگی درجه 3		تورم		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				ضربه حسی		شکستگی درجه 4		در رفتگی		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				ضربه حرکتی		شکستگی درجه 5				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				



سازمان اورژانس کشور

استان تهران - اورژانس تهران

فرم گزارش مراقبت اورژانس 115

تاریخ مأموریت: 1398/8/25

شماره سریال پرونده: X6599793

کد آمبولانس: 4203

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	مشاورات :	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> مفلوئیدینگ	<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 معینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> مأموریت کاذب / مأموریت اشتباه		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> رگ گیری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بانسان و کنترل خونریزی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> لوله گذاری	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اخذ اعضا		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> CBR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ملزازه سه سینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل		-	-	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> ضکس سروگراون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حملیت تکفسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> تحویل به آمبولانس دیگر		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> فیکس اندمها	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکمیلین		-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> تکس سنون فرات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مشاوره لازم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> انتقال در حین احیا		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> استقرار		-	-	-	-	-				
<input type="checkbox"/> عدم همکاری از هر نوع اقدام درمانی	-	-	-	-	-					
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی	-	-	-	-	-					
برگشت تلفه										
شماره برگشت تلفه						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>طی درگیری دچار هفتروما و سرگیجه شده .. خونریزی و تورم ندارند و چست پین و نیسپه ندارد .. علائم حیاتی چک شد و انتقال داده شده به بیمارستان .. نبود نت = فلو</p> <p>ان</p>				<p>نام مرکز درمانی امام حسین (ع)</p> <p>تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی</p> <p>نام پزشک تحویل گیرنده</p> <p>کد پزشک تحویل گیرنده</p> <p>تحویل بدون رضایت <input type="checkbox"/></p>				

شورای ملی مقاومت

کمیسیون امنیت و ضد تروریسم

۱۸ تیر ۹۹ (۸ ژوئیه ۲۰۲۰)