



فرم ثبت گزارش احیای قلبی و ریوی اورژانس ۱۱۵ تربت جام

تاریخ:
شماره:
پیوست:

پایگاه:		امبولانس:		نوع:		تکسین:		نام:		تکسین:	
		کد:		کد:		ارشد:		کد:		دوم:	
										تماس تلفنی از پایگاه <input type="checkbox"/>	
مرکز ارتباطات <input type="checkbox"/>		مراجعه به پایگاه <input type="checkbox"/>									
نوع اطلاع از ماموریت:		زمان ۱۰-۹۶		زمان ۱۰-۹۷		زمان ۱۰-۹۶		زمان ۱۰-۲۴		زمان ۱۰-۰۸	
اظهارات اولیه تماس گیرنده:											
مشخصات و شرح حال بیمار											
نام و نام خانوادگی:		سن:		جنسیت:		کدملی:					
سابقه داروهای مصرفی:				سابقه بیماری خاص:							
شکایت اصلی:				وضعیت بیمار:							
اولیه						ثانویه					
وضعیت مردمک		چپ: معمولی <input type="checkbox"/> سوزنی <input type="checkbox"/> میدریاز <input type="checkbox"/> میدریاز دوپل <input type="checkbox"/>		راست: معمولی <input type="checkbox"/> سوزنی <input type="checkbox"/> میدریاز <input type="checkbox"/> میدریاز دوپل <input type="checkbox"/>		چپ: معمولی <input type="checkbox"/> سوزنی <input type="checkbox"/> میدریاز <input type="checkbox"/> میدریاز دوپل <input type="checkbox"/>		راست: معمولی <input type="checkbox"/> سوزنی <input type="checkbox"/> میدریاز <input type="checkbox"/> میدریاز دوپل <input type="checkbox"/>			
علائم حیاتی		GCS		PR		BP		RR		BT	
اولیه											
زمان تحویل به مرکز درمانی											
دستورات پزشک ۵۰-۱۰ (در صورت حضور):											
توضیحات و اقدامات تکنسیین ها:											
وضعیت بیمار زمان تحویل:		فاقد نبض محیطی و مرکزی <input type="checkbox"/>		دارای نبض محیطی <input type="checkbox"/>		دارای نبض مرکزی <input type="checkbox"/>		نیاز به تهویه مصنوعی <input type="checkbox"/>		دارای تنفس خود بخودی <input type="checkbox"/>	
بیمارستان پذیرنده:		وضعیت تیم CPR: حضور <input type="checkbox"/> عدم حضور <input type="checkbox"/>									
توضیحات پزشک:		مهرو امضا تکنسیین 1:		مهرو و امضا تکنسیین 2:							

مسئول بهبود عملکرد:

امضا مسئول منطقه:

امضا و مهر رئیس اداره اورژانس: