



فرم ثبت گزارش

تاریخ:

پیوست:

کمک به مادر باردار پرخطر و زایمانی در اورژانس پیش بیمارستانی

| نام پایگاه: | کد آمبولانس: | پرسنل عملیاتی: | نام | نام خانوادگی | کد عملیاتی |
|-------------|--------------|----------------|-----|--------------|------------|
| | | تکنسین اول | | | |
| | | تکنسین دوم | | | |

نام و نام خانوادگی مددجو: سن: جنسیت نوزاد: مذکر مونث

تعداد دفعات بارداری: سقط: مرده زایی: تعداد فرزندان زنده:

آدرس محل فوریت:

جدول بررسی آپگار نوزاد

| علامت | نمره 0 | نمره 1 | نمره 2 |
|----------------------|------------------|----------------------------|-------------------------|
| تعداد ضربان قلب | فقدان | کمتر از 100 ضربه | بیش از 100 ضربه |
| تلاش تنفسی | فقدان | آهسته و نامنظم | خوب یا در حال گریه فعال |
| تونسیته عضلانی | شل | مقداری خم نمودن اندامها | حرکت فعال |
| پاسخ رفلکسی به تحریک | بدون پاسخ | گریه ضعیف یا شکلک در آوردن | سرفه یا عطسه یا گریه |
| رنگ پوست | آبی یا رنگ پریده | بدن صورتی اندامها کبود | کاملاً صورتی |

Tehran University of Medical Sciences

گزارش اولیه ماموریت:

زمان تماس اولیه: (:) زمان رسیدن بر بالین: (:) زمان حرکت از محل: (:) زمان رسیدن به مرکز درمانی: (:)

مرکز درمانی تحویل گیرنده: ساعت تحویل: (:) نام و نام خانوادگی پزشک یا ماما تحویل گیرنده:

مهر و امضاء

خیر

بله

کمک به مادر باردار در زایمان مطابق اصول علمی و عملی مورد تایید است.

| امضاء مسئول کنترل کیفیت: | امضاء مسئول منطقه: | امضاء و مهر رئیس مرکز: |
|--------------------------|--------------------|------------------------|
| | | |

مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی تربت جام