

<b>مشخصات مسنول پایگاه</b>		<b>مشخصات پایگاه</b>		
میزان تحصیلات:		نام و نام خانوادگی : سابقه خدمت:		
		شهر / شهرستان: استان:		
		نام پایگاه : نام دانشگاه علوم پزشکی :		
<b>مشخصات پایگاه</b>				
نوع پایگاه: شهری <input type="checkbox"/> جاده ای <input type="checkbox"/> مالکیت ساختمان: ملکی <input type="checkbox"/> ( دارای سند به نام دانشگاه <input type="checkbox"/> بدون سند <input type="checkbox"/> ) استیجاری <input type="checkbox"/> میزان اجاره..... نوع سازه پایگاه: ساختمان <input type="checkbox"/> کانکس <input type="checkbox"/> سایر موارد ..... قدمت ساختمان: کمتر از 5 سال <input type="checkbox"/> بین 5-10 سال <input type="checkbox"/> بیش از 10 سال <input type="checkbox"/> اسکلت فلزی <input type="checkbox"/> اسکلت بتونی <input type="checkbox"/> وضعیت استقلال ساختمان: کاملا مستقل <input type="checkbox"/> جزئی از بیمارستان <input type="checkbox"/> جزئی از مرکز بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> جزئی از پلیس <input type="checkbox"/> جزئی از هلال احمر <input type="checkbox"/> جزئی از آتش نشانی <input type="checkbox"/> جزئی از راهدارخانه <input type="checkbox"/> تعداد اتاقهای ساختمان: ..... فاصله پایگاه تا جاده ..... متر امکانات ساختمان: آب شهری <input type="checkbox"/> آب چاه <input type="checkbox"/> برق شهری <input type="checkbox"/> موتور برق <input type="checkbox"/> گاز <input type="checkbox"/> تلفن <input type="checkbox"/> گونگی احداث: اهدایی از طرف مردم <input type="checkbox"/> از طریق وزارت راه و ترابری <input type="checkbox"/> اهدایی از منابع استناداری <input type="checkbox"/> احداث توسط منابع دانشگاه <input type="checkbox"/> سایر موارد..... مساحت زیر بنا ..... متر مربع پارکینگ: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> تاریخ تاسیس: / / 13 استفاده از ماده 192: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چارت تشکیلاتی مصوب: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>				
تلفن: نامبر:		نشانی دقیق پستی پایگاه: محور مکان یابی:		
فاصله تا پایگاه بعدی اورژانس: فاصله تا پایگاه قبلی اورژانس:		جمعیت تحت پوشش:		
فاصله تا پایگاه بعدی هلال احمر: فاصله تا پایگاه قبلی هلال احمر:		فاصله تا پایگاه بعدی پلیس: فاصله تا پایگاه قبلی پلیس:		
<b>وضعیت پرسنلی</b>				
تعداد کل پرسنل پایگاه: پزشک: کارشناس:		قراردادی ..... رسمی ..... شرکتی ..... کاردان: تکنسین: اپراتور: سایر موارد:		
<b>وضعیت آمبولانس</b>				
تعداد کل آمبولانسهای فعال: ..... دور نویسی آمبولانس: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> بیمه شخص ثالث: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> بیمه کامل بدنه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> تحویل به شخص <input type="checkbox"/> تحویل گردشی <input type="checkbox"/>				
<b>وضعیت بیسیم</b>				
ثابت: بیسیم خودرویی: بیسیم دستی: بیسیم موبایل: ..... خودرویی: ..... دکل: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>				
<b>وضعیت تجهیزات</b>				
اسکوپ استریچر <input type="checkbox"/> لانگ بک بورد <input type="checkbox"/> شورت بک بورد <input type="checkbox"/> ساکشن برقی با کاتکشن <input type="checkbox"/> وسایل ثابت سازی اندام (آتل) <input type="checkbox"/> آتل کولار گردنی <input type="checkbox"/> ملحفه سوختگی <input type="checkbox"/> چیر استریچر <input type="checkbox"/> کپسول آتش نشانی <input type="checkbox"/> پد زایمان <input type="checkbox"/> کیت احیا <input type="checkbox"/>				
تعداد ماموریتهای انجام شده در یکسال گذشته:				
نام تکمیل کننده فرم:		سمت:		
نام مسنول اورژانس 115:		نام رئیس مرکز مدیریت و فوریتهای پزشکی استان:		
تاریخ تکمیل فرم:		محل امضا:		

