



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

کشور؟ پزشک؟ تنها؟ ت حوادث و فور؟ ر؟ مرکز مد

اورژانس زمینی

۱ - نحوه تکمیل فرم:

فرمهای مأموریت می بایستی در ۳ نسخه و به ترتیب سفید، سبز، زرد تکمیل گردد که برگه سفید مخصوص پایگاه، برگه سبز مخصوص بیمارستان و برگه زرد مخصوص مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی کشور می باشد.

تبصره ۱- با توجه به این که فرمهای تهیه شده بدون نیاز به کاربن می باشد می بایستی به گونه ای تکمیل گردد که آثار مطالب در تمامی نسخه های دارای شماره سریال یکسان منعکس گردد.

تبصره ۲- در هنگام تکمیل دقت شود آثار نوشتاری مطالب در فرمهای بعدی منعکس نگردد.

تبصره ۳- با توجه به برنامه ریزی انجام شده در هنگام مأموریت می بایستی برای هر مصدوم یک فرم با شماره سریال مشخص تکمیل گردد.

تبصره ۴- در صورت ابطال فرم به هر علت می بایستی لاشه های فرم های مأموریت پس از تهیه گزارش چگونگی ابطال به تأیید مسئول منطقه رسیده و به مرکز ارسال گردد. (ذکر تاریخ و علت و فرد باطل کننده و شماره سریال فرم)

تبصره ۵- مسئولین پایگاهها می بایستی بر فرمهای تکمیل شده نظارت نموده و قبل از ارسال به مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی کشور تمامی فرمهای ارسالی را به صورت تک تک تأیید نمایند.

تبصره ۶- فرمهای مأموریت می بایستی با خودکار آبی و بصورت خوانا تکمیل گردد.

تبصره ۷- ثبت کلیه گزینه های ذکر شده در فرمهای مأموریت الزامی بوده و در صورت عدم وجود پاسخ با خط تیره مشخص گردد.

۲ - فرم مأموریت:

۲-۱ - شهرستان: نام شهرستان محل سازمانی پایگاه



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

کشور؟ پزشک؟ تنها؟ حوادث و فور؟ ر؟ مرکز مد

۲-۲- پایگاه: منظور نام یا شماره عملیاتی منطقه ای است که آمبولانس و پرسنل متعلق به آن می باشند.

۲-۳- کد آمبولانس: عدد اختصاصی متعلق به آمبولانس انجام دهنده مأموریت

۲-۴- کد پزشک: نام یا عدد اختصاصی پزشک مستقر در آمبولانس جهت انجام مأموریت

۲-۵- کد تکنسین ها: نام یا عدد اختصاصی پرسنل عملیاتی آمبولانس انجام دهنده مأموریت

تبصره - چنانچه آمبولانس دارای راننده می باشد نام یا عدد اختصاصی راننده در زیر کلمه کد تکنسینها

به عنوان راننده ذکر گردد.

۲-۶- تاریخ: زمان انجام شروع مأموریت براساس ثبت زمان ۲۴ ساعت می باشد. بطور مثال از ساعت

۲۴ به بعد تاریخ روز بعد در بالای فرم قید گردد.

۳- مشخصات عمومی:

۳-۱- نام و نام خانوادگی بیمار: نام و نام خانوادگی فردی که به خاطر وی درخواست آمبولانس گردیده است.

تبصره - در صورتی که نام و نام خانوادگی بیمار مشخص نیست کلمه مجهول الهویه ثبت گردد.

۳-۲- سن: در صورتی که سن بیمار مشخص نیست سن تقریبی فرد با ذکر تقریبی ثبت گردد.

۳-۳- جنس: مذکر و مونث ثبت گردد.

۳-۴- بیمه: منظور از بیمه ۳ نوع بیمه خدمات درمانی، نیروهای مسلح و تأمین اجتماعی بوده و در

صورت نداشتن بیمه ثبت کلمه فاقد بیمه و در صورت داشتن بیمه های متفرقه ثبت کلمه سایر

الزامی است.

۳-۵- نشانی محل حادثه: نشانی محل وقوع حادثه که به خاطر آن درخواست آمبولانس گردیده است.

تبصره ۱- در صورتی که بمیار از بیمارستان تحویل گرفته شود می بایستی نشانی محل حادثه، کلمه

بیمارستان ثبت شود.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

کشور؟ پزشک؟ تنها؟ ت حوادث و فور؟ ر؟ مرکز مد

- ۳-۶- شکایت اصلی بیمار: اصلی ترین شکایتی (درد) که بیمار - به گفته وی یا همراه وی - از آن رنج می برد. (پاسخ بیمار به این پرسش است که چرا با EMS تماس گرفته اید.
- ۳-۷- حساسیت دارویی: از بیمار سؤال شود که آیا حساسیت دارویی داشته است و در صورتی که داشته حتماً نام و نوع دارو ذکر گردد.

۴- زمانهای مأموریت :

- ۴-۱- دریافت مأموریت: ساعت و دقیقه ای که به پرسنل آمبولانس اعلام مأموریت می گردد.
- ۴-۲- حرکت از پایگاه: ساعت و دقیقه ای که پرسنل آمبولانس راجهت انجام مأموریت به حرکت در می آورند.
- ۴-۳- رسیدن به محل حادثه: ساعت و دقیقه ای که به محل حادثه رسیده.
- ۴-۴- حرکت از محل حادثه: ساعت و دقیقه ای که یا بیمار در داخل آمبولانس بوده و یا مأموریت به هر دلیل ۱۰-۱۹ و ۱۰-۲۹ گردیده و پرسنل به محل پایگاه باز می گردند.
- ۴-۵- رسیدن به بیمارستان: ساعت و دقیقه ورود آمبولانس به بیمارستان می باشد
- ۴-۶- خاتمه مأموریت: ساعت و دقیقه ای که یا بیمار به بیمارستان تحویل گردیده و پرسنل در داخل آمبولانس آماده بازگشت به پایگاه می باشند و یا مأموریت به هر دلیل ممکن ۱۰-۱۹ گردیده باشد.
- ۴-۷- بازگشت به پایگاه: ساعت و دقیقه ای که آمبولانس در پایگاه مستقر می گردد.

تبصره - در صورتی که در حین بازگشت آمبولانس به پایگاه به آمبولانس مربوطه مأموریت داده شود می بایستی بازگشت به پایگاه خالی بماند و فقط خاتمه مأموریت تکمیل گردد و در قسمت توضیحات، مطلب مذکور توضیح داده شود.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

کشور؟ پزشک؟ تنها؟ حوادث و فور؟ ر؟ مرکز مد

۵ - نحوه اطلاع پایگاه از مأموریت:

چگونگی اطلاع رسانی علامت زده شود.

تبصره - منظور از نیروهای امدادی جمعیت هلال احمر و سازمان آتش نشانی و خدمات ایمنی می باشد.

۶ - کیلومتر آمبولانس:

عدد کیلومتری که آمبولانس شروع به حرکت می نماید.

..... عدد کیلومتری که آمبولانس به محل حادثه می رسد.

تبصره - عدد کیلومتری که آمبولانس یا به محل پایگاه رسیده و یا در حین بازگشت، مأموریت جدیدی به

آمبولانس محول گردد.

۷ - مأموریت:

۷-۱: مأموریت های شهری:

۷-۲: مأموریت جاده ای:

۷-۳: مأموریت تصادفی:

۷-۴: مأموریت پیش بیمارستانی: به مأموریتی گفته می شود که فراخوان آمبولانس خارج از حیطه

بیمارستان صورت می گیرد.

۷-۵: مأموریت بین بیمارستانی: به مأموریتی گفته می شود که بیمار از بیمارستان تحویل گرفته شده و

به همان بیمارستان و یا بیمارستان دیگر تحویل داده شود.

۸ - راههای GCS:

طبق جدول تهیه شده تکمیل گردد.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

کشور؟ پزشک؟ تنها؟ ت حوادث و فور؟ ر؟ مرکز مد

۹- مردمک ها:

در این قسمت براساس وضعیت آناتومیکی بیمار (چپ و راست خود بیمار)، موارد یاد شده تکمیل گردد.
تبصره - نرمال:

۱۰- وضعیت ریه ها:

۱۰-۱- سمع:

۱۱- وضعیت قلب:

۱۲- علائم حیاتی: ثبت ساعت و دقیقه ای

۱۲-۱- زمان ثبت: منظور می باشد که علائم حیاتی بیمار گرفته شده و ثبت آن الزمی می باشد.

۱۲-۲- BT: منظور ثبت میزان درجه حرارت بدن بیمار می باشد که توسط ترمومتر اندازه گیری

می گردد.

۱۲-۳- BP: منظور ثبت میزان فشار خون بیمار می باشد.

۱۲-۴- PR: منظور ثبت تعداد ضربان نبض بیمار در دقیقه می باشد.

۱۲-۵- RR: منظور ثبت میزان تعداد تنفس بیمار در دقیقه می باشد.

۱۲-۶- GCS: منظور ثبت GCS بیمار می باشد.

تبصره - ثبت تمام موارد در سه نوبت (الف: به محض رویت بیمار ، ب: قبل از انتقال به بیمار به

آمبولانس و ۲۹-۱۰ ، ج: داخل آمبولانس) الزامی است. طبیعی است جهت بیماران با درمان

سرپایی در منزل و بدون نیاز به انتقال، تنها در دو مرحله موارد فوق ثبت می گردند.

۱۳- موارد اورژانس:



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

کشور؟ پزشک؟ تنها؟ ت حوادث و فور؟ ر؟ مرکز مد

۱۳-۱- پس از رویت بیمار در صورتی که به علت بیماری درخواست آمبولانس گردیده است در خانه های

مربوطه علامت زده شده و در صورتی که بیماری تشخیص داده شد در جدول مربوطه موجود

نباشد در خانه سایر ثبت گردد.

۱۳-۲- در صورتی که علت درخواست آمبولانس حادثه باشد در جدول مکانیسم حادثه علامت زده شود

و در صورتی که در جدول مربوطه مکانیزمی موجود نباشد در خانه سایر ثبت گردد. در این

قسمت علت اصلی که به آن جهت اورژانس فراخوان شده است، علامت زده خواهد شد.

۱۳-۳- پس از تعیین مکانیزم حادثه، نوع حادثه - علتی که آمبولانس برای آن درخواست شده - را ثبت

نمایید.

تبصره - در صورتی که موارد بیماری و حوادث به صورت مشترک در بیمار رویت می گردد، کلیه موارد

اعم از نوع بیماری، نوع مکانیسم حادثه و نوع حادثه حتماً ثبت گردد.

۱۴- علائم همراه:

به مواردی اطلاق می گردد که توسط خود بیمار یا همراه وی گفته شده و یا تکنسین ویزیت کننده بیمار

رویت می نماید در صورت لزوم قسمت «سایر» نیز پر گردد.

۱۵- محل ضایعه:

با توجه به کلیه موارد اورژانس اعم از بیماری ها و حوادث محل ضایعه در نمای شماتیک مشخص گردد.

۱۶ -

در قسمت مشخص شده به عنوان «قبل» اقداماتی که قبل از رسیدن پرسنل اورژانس توسط خود بیمار،

همراهان، پرسنل درمانی، نیروهای امدادی و سایر افراد انجام پذیرفته است علامت زده شود.

در قسمت مشخص شده به عنوان «بعد» اقداماتی که توسط پرسنل اورژانس، بعد از رسیدن بر سر بالین

بیمار انجام می پذیرد نوشته شود.

در صورتی که اقدام خاصی انجام پذیرفته که در گزینه ها نیامده است در قسمت «سایر» نوشته شود.

۱۷- بیماریهای زمینه ای:



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

کشور؟ پزشک؟ تنها؟ حوادث و فور؟ ر؟ مرکز مد

بیماری و یا بیماریهایی می باشد که بیمار طبق مستندات و یا اظهارات خود و یا همراهان وی از قبل به آن معمول می باشد.

۱۸ - تاریخچه داروهای مصرفی:

در این قسمت لیست دارو و یا داروهایی که خود بیمار از قبل مصرف می کرده و یا در حال مصرف آن می باشد با ذکر شکل دارویی و میزان مصرف قید شود.

۱۹ - ۵۰-۱۰ و دستورات دارویی:

در این قسمت نام پزشک مشاوره دهنده اورژانس و دستورات درمانی، دارویی صادره ثبت گردد. در صورت وجود دستورات دارویی، شکل و میزان آن ثبت گردد.

۲۰ - نتیجه مأموریت:

۲۰-۱ - در صورت انتقال بیمار به بیمارستان این قسمت علامت زده شده و نام بیمارستان در قسمت خط

چین مشخص گردد و نیاز به انتقال فوری بیمارستان ندارد با توجیه یا مراجعه به پزشک.

۲۰-۲ - در صورتی که بیمار به صورت سرپایی درمان گردد این قسمت علامت زده شود.

۲۰-۳ - فوت

الف - ۲۰-۳ - باتوجه به علائم و شواهد موجود در خصوص مرگ قطعی بیمار (جمود یعنی «سفت شدن

بدن بیمار» جدا شدن سر از بدن، تجزیه بدن و کبودی در قسمت پایین بدن و قسمت خوابیده روی

زمین» (گزینه «فوت قبل از حضور بر بالین بیمار» علامت زده می شود.

ب - ۲۰-۳ - در صورتی که بیمار علائم ذکر شده در بند پیشین را نداشته باشد ولی علائم حیاتی نیز

مشاهده نشود و پس از مشاوره با پزشک ۵۰-۱۰ و انجام اقدامات و دستورات دارویی، درمانی

که پس از انتقال و اعلام علائم به پزشک ۵۰-۱۰ و تأیید فوت، قسمت «فوت در زمان حضور در

صحنه» علامت زده می شود.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

کشور؟ پزشک؟ تنها؟ حواشی و فور؟ مرکز مد

ج- ۳-۲۰- در صورتی که موارد یاد شده در گزینه قبل در زمان انتقال به مرکز درمانی اتفاق افتد، گزینه

«فوت در زمان انتقال» علامت زده خواهد شد.

الف - ۴-۲۰- در صورتی که درخواست کننده مأموریت، به عنوان مزاحمت تماس گرفته و آدرس اعلام

نماید و یا پس از رسیدن به محل آدرس، مشخص گردد که آدرس اعلام اشتباه می باشد، گزینه

«مأموریت کاذب/ نشانی اشتباه» علامت زده شود.

ب - ۴-۲۰- در صورتی که آدرس صحیح بوده ولیکن در زمان رسیدن آمبولانس بیمار در محل حضور

نداشته و یا با وسیله دیگری به غیر از آمبولانس به مراکز درمانی انتقال پیدا کرده است، گزینه

«عدم حضور بیمار/ انتقال با» علامت زده شود.

۵-۲۰- در صورتی که براساس دستورات پزشک مشاوره دهنده، بیمار نیاز به درمان و یا انتقال به

بیمارستان داشته باشد ولی بیمار حاضر به انتقال نباشد، گزینه «»

علامت زده شده و قسمت ۲۱ نیز دقیقاً تکمیل گردد.

۶-۲۰- در صورتی که کد اعزام به هر دلیلی بیمار را به کد دیگری تحویل دهد گزینه «تحویل به کد» این

گزینه پر گردد.

تبصره - شماره عملیاتی که تحویل گیرنده بیمار در قسمت خط چین حتماً پر گردد.

۲۱ - در صورتی که بند « ۵-۲۰» علامت زده شود (بیمار و یا همراهان بیمار رضایت به انجام درمان و

یا انتقال به بیمارستان نداشته باشند) قسمت رضایت نامه برای امضاء کننده قرائت و پس از امضاء

اثر انگشت اخذ گردد.

۲۲ - توضیحات:

۱-۲۲- منظور اقدامات و فعالیتهایی است که علاوه بر موارد ذکر شده در فرم توسط تکنسین های

فوریتهای پزشکی انجام می پذیرد.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

کشور؟ پزشک؟ تنها؟ حوادث و فور؟ ر؟ مرکز مد

تبصره - چنانچه مواردی غیر از موارد درمانی تأثیر زیادی بر روی اقدامات قانونی و حقوقی خواهد گذاشت (از قبیل همراه داشتن مدارک و اسناد، چگونگی وقوع حادثه و) حتماً در قسمت توضیحات قید شود.

۲-۲۲- امضاء تکنسین: می بایستی فرم پس از تکمیل توسط تکنسین مربوطه امضاء گردد.

۳-۲۲- ساعت ورود به بیمارستان: در صورت انتقال به بیمارستان تکنسین موظف است هنگام ورود به بیمارستان، ساعت مربوطه بر حسب ساعت و دقیقه ثبت کند.

۴-۲۲- ساعت خروج از بیمارستان: ثبت زمان خروج آمبولانس از بیمارستان پس از تحویل بیمار به بخش اورژانس در محل قید شده الزامی است.

۵-۲۲- تاریخ: در این قسمت تاریخ اتمام مأموریت ثبت گردد.

۲۳- امضاء و مهر پزشک تحویل گیرنده بیمار:

در صورت تحویل بیمار به مرکز درمانی نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده بیمار قید و امضاء و مهر اخذ گردد.