



مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان یزد

فرم احیا پیش بیمارستانی

تکنسین ۱	...	شیفت	...	تاریخ مأموریت	اطلاعات آمبولانس	
	...	کد آمبولانس	...	منطقه		
تکنسین ۲	...	سن	...	نام	اطلاعات بیمار	
	<input type="checkbox"/> مرد	جنس: زن <input type="checkbox"/>	...	نام خانوادگی		
.....	حرکت از محل	حرکت از پایگاه	تماس با مرکز	فواصل زمانی
.....	رسیدن به بیمارستان	رسیدن به محل	دریافت مأموریت	
<input type="checkbox"/> انوبان		<input type="checkbox"/>	تفریحی	<input type="checkbox"/> ورزشی	<input type="checkbox"/> منزل مسکونی	مکان ایست قلبی
		<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/> طبیعت	<input type="checkbox"/> مکان های عمومی	
آدرس منزل						
<input type="checkbox"/> تروماتیک <input type="checkbox"/> طبی						
<input type="checkbox"/>	باز کردن راه هوایی	<input type="checkbox"/>	فشردن قفسه سینه و تنفس مصنوعی	اقدام برای احیا		قبل از رسیدن کد امدادی
<input type="checkbox"/>	اقدامی صورت نگرفته است	<input type="checkbox"/>	شوک قلبی (استفاده از AED)			
<input type="checkbox"/>	تهویه مصنوعی	<input type="checkbox"/>	مانیتورینگ قلبی	<input type="checkbox"/>	رگ گیری	مداخلات پیشرفته
<input type="checkbox"/>	شوک قلبی	<input type="checkbox"/>	لوله گذاری داخل تراشه	<input type="checkbox"/>	تزریق داروهای وریدی	احیا قلبی
<input type="checkbox"/>	بیمار با نشانه های ROSC به بیمارستان تحویل داده شد		<input type="checkbox"/>	درمحل حادثه	برگشت جریان	
<input type="checkbox"/>	عملیات احیا موفقیت آمیز نبود/ختم CPR (با نظر ۵۰-۱۰)		<input type="checkbox"/>	در بیمارستان	خون و نبض بیمار (ROSC)	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	در زمان ۹۶-۱۰ به بیمارستان		
PR			SPO2	وضعیت بیمار در		
BP			RR	زمان تحویل به		
GCS			BT	بیمارستان		
امضاء تکنسین	امضاء پزشک یا پرستار اورژانس و مهر بیمارستان		گزارش پزشک مقیم یا پرستار تریاژ در زمان تحویل بیمار			
ارشد کد امدادی						

تهیه و تنظیم: واحد نظارت و ارزشیابی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان یزد