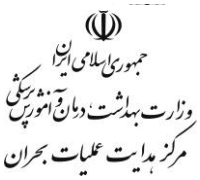

مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی کشور

مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

فرم لیست مصدومین حوادث پرتلفات با ۱۰مصدوم به بالا(فرم الف-۱۵)

محور و مکان وقوع حادثه :	**زمان اولین تماس با اورژانس**: **زمان و تاریخ ارسال فرم**:
مورد حادثه:	**نام و نام خانوادگی تکمیل کننده**:

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	مرد	زن	نوع جراحت	بیمارستان	تحت نظر اورژانس	بستری در بخش تخصصی	بستری در ICU	فوت	درمان سرپایی	توضیحات
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												
۸												
۹												
۱۰												
۱۱												
۱۲												
۱۳												
۱۴												
۱۵												