



بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی گیلان  
مدرسه تخصصی طب گیلان

## اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث استان زنجان

فرم گزارش احیاء قلبی ریوی موفق

شهرستان:	نام پایگاه:	ردیف ماموریت:	تاریخ:
زمان تماس با دیسپچ	زمان رسیدن به محل	زمان حرکت از محل	زمان رسیدن به بیمارستان
پرسنل اعزامی	نام	نام خانوادگی	کد تکنسین
سر تکنسین			
تکنسین			

شرح حال مختصر (سابقه بیماری - نوع حادثه):

نام و نام خانوادگی بیمار:

جنس:

سن:

اعزام به بیمارستان:

دقیقه

مدت زمان CPR

احیاء موفق  احیاء ناموفق

تأیید تلفنی احیاء موفق از سوپروایزر شیفت بیمارستان مقصد:

نام و نام خانوادگی سوپروایزر شیفت بیمارستان:

توضیحات سوپروایزر بیمارستان از نحوه تحویل بیمار:

مهر و امضاء مسئول شیفت (سوپروایزر دیسپچ) اورژانس پیش بیمارستانی: