



اورژانس پیش بیمارستانی و مرکز مدیریت حوادث استان زنجان فرم احیای پیش بیمارستانی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی استان زنجان

تاریخ ماموریت:	شیفت:	تکنسین ۱:
پایگاه:	کد آمبولانس:	تکنسین ۲:
آدرس:		
مشخصات بیمار	نام: نام خانوادگی:	سن: جنس:
زمان	تماس با مرکز: حرکت از پایگاه:	رسیدن به محل: حرکت از محل:
مکان ایست قلبی	<input type="checkbox"/> منزل مسکونی <input type="checkbox"/> طبیعت	<input type="checkbox"/> ورزشی <input type="checkbox"/> مکان عمومی
زمان ایست قلبی	<input type="checkbox"/> قبل از رسیدن آمبولانس	<input type="checkbox"/> بعد از رسیدن آمبولانس
اقدام برای احیا قبل از رسیدن آمبولانس	<input type="checkbox"/> باز کردن راه هوایی <input type="checkbox"/> شوک قلبی استفاده از AED	<input type="checkbox"/> فشردن قفسه سینه <input type="checkbox"/> اقدامی صورت نگرفته است
مداخلات پیشرفته احیا قلبی ریوی	<input type="checkbox"/> ماساژ قفسه سینه <input type="checkbox"/> تهویه مصنوعی <input type="checkbox"/> شوک قلبی/تعداد و میزان انرژی	<input type="checkbox"/> مانیتورینگ قلبی <input type="checkbox"/> لوله گذاری داخل تراشه <input type="checkbox"/> کنترل راه هوایی با AIR WAY
برگشت جریان خون و نبض بیمار (ROSC)	<input type="checkbox"/> در محل حادثه <input type="checkbox"/> در زمان انتقال	<input type="checkbox"/> در بیمارستان <input type="checkbox"/> بیمار با نشانه های ROSC به بیمارستان تحویل داده شد
وضعیت بیمار در زمان تحویل به بیمارستان	BS:	BT:
	RR:	BP:
	GCS:	SPO2:
	PR:	

گزارش فوریت های پزشکی:

مهر و امضاء سرتکنسین

گزارش پزشک مقیم در زمان تحویل بیمار:

مهر و امضاء پزشک