

مستندات کارت یا فرم مأموریت	پرسنل کد:	تکنسین ۱:	تکنسین ۲:	شرح حال گیرنده:	پزشک:	مسئول اعزام	سوپروایزر	اتاق فرمان
	کد							
	نام							
	نام خانوادگی							
	تلفن							

کدهای در حال مأموریت:

کد آمبولانس	دریافت پیام	شروع مأموریت	رسیدن به محل	حرکت از محل	رسیدن بیمارستان	خاتمه مأموریت	رسیدن به پایگاه	ردیف مأموریت	نوع حادثه/بیماری
	:	:	:	:	:	:	:		

کدمکالمه	شماره تماس	زمان	اپراتور	خلاصه پیام	زمان	شرح
		:			:	شرح حال(اتاق فرمان)
		:			:	اعزام کد(اتاق فرمان)
		:			:	مکالمه با پایگاه(اتاق فرمان)
		:			:	۱۰-۱۰(کد)
		:			:	رسیدن به محل(کد)
		:			:	انتظار راهنما(بیمار)
		:			:	جمع رسیدن به محل
		:			:	توقف در محل
		:			:	رسیدن به بیمارستان
		:			:	توقف در بیمارستان
		:			:	رسیدن به پایگاه
		:			:	جمع کل مأموریت

تلیح مامل از بررسی	<input type="checkbox"/> اثبات اتهام/ادعا <input type="checkbox"/> رد اتهام/ادعا <input type="checkbox"/> عدم اثبات اتهام/ادعا	
	ضعف ساختاری	خرابی و یا فقدان آمبولانس یا تجهیزات تخصصی <input type="checkbox"/> درخواست خارج از سیاستهای فعلی سازمان <input type="checkbox"/> فقدان اتوماسیون <input type="checkbox"/>
	تخلف پرسنل	کوتاهی در انجام وظیفه <input type="checkbox"/> مهارتهای علمی-عملی <input type="checkbox"/> خسارت یا سوء استفاده مالی به / از بیمار <input type="checkbox"/> برخورد نامناسب <input type="checkbox"/>
	متهم/خاطی: پرسنل کد اعزامی <input type="checkbox"/> پرسنل اتاق فرمان(دیسپچ) <input type="checkbox"/> ساختار و قوانین موجود <input type="checkbox"/> مراکز درمانی <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>	

جلب رضایت شاکي: بلی خیر ارجاع به دیگر مراجع

اظهارات پرسنل شیفت / نکات قابل تامل :

نتیجه و اقدامات صورت گرفته:

بررسی ضابط مکالمات