



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی استان



فرم گزارش CPR موفق  زایمان انجام شده داخل آمبولانس

اطلاعات پرسنل					اطلاعات بیمار					اطلاعات زمانی		
اپراتور	تکنسین راننده	تکنسین	کد آمبولانس	پایگاه	بیمارستان پذیرنده	شماره تماس	آدرس	سن	نام و نام خانوادگی	مدت ۹۷-۱۰	زمان تماس	تاریخ

گزارش بیمار:

نام و نام خانوادگی مسئول شیفت:

تاریخ و امضاء:

لطفاً فرم فوق در همان روزی که ماموریت مربوطه انجام شده است تکمیل و به شماره ۳۲۴۴۴۱۱۵ و ۳۲۲۲۹۰۶۵ فکس گردد