



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
معاونت درمان

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

شماره:

تاریخ:

پیوست:

فرم اعزام بیمار به بیمارستان توسط آمبولانس ۱۱۵

پایگاه اورژانس ۱۱۵:	زمان حرکت از مبدا:	زمان رسیدن به بیمارستان:	زمان برگشت به پایگاه:
نام بیمار: وضعیت بیمار:	نحوه دریافت دستور اعزام از پزشک: <input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> تلفنی <input type="checkbox"/> غیره: توضیحات:		
مرجع اعزام کننده: پزشک مرکز بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> پزشک ۵۰-۱۰ <input type="checkbox"/> مرکز ارتباطات اورژانس			
آیا با مرکز ارتباطات اورژانس هماهنگ شده است: توضیحات:		گیرنده پیام:	
مهر و امضای تکنسین			

نظریه پزشک اعزام کننده

علت اعزام اورژانس بیمار توسط آمبولانس ۱۱۵: <input type="checkbox"/> فقدان آمبولانس <input type="checkbox"/> عدم دسترسی به علت مأموریت یا خرابی آمبولانس <input type="checkbox"/> غیره: توضیحات
شرح حال و اقدامات انجام شده قبل از اعزام:
دستورات دارویی و اقدامات لازم حین اعزام:
مهر و امضای پزشک
بیمارستان مقصد: