

# دستور العمل

## ثبت فرم اورژانس پیش بیمارستانی

مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی همدان

## مقدمه :

پر کردن فرم ماموریت اورژانس یکی از وظایف پرسنل فوریت‌های پزشکی در ماموریت‌های اورژانس می باشد که با **هدف ثبت و مستند سازی شرح حادثه،** **علائم حیاتی بیمار و اقدامات درمانی** انجام می شود.

- گاهی این فرم تنها مستندات موجود در مورد بیمار **برای ادامه درمان** وی می باشد .

- این فرم یکی از اسناد قابل ارائه به **محاکم قضایی** می باشد.

- این فرم یکی از اسناد پرونده بیمار بوده و توسط ناظران و دادگاه بصورت موشکافانه بررسی می شود.

- بهترین حامی پرسنل در **دعای قضایی و حقوقی** ، در صورتی که گزارش بصورت دقیق ، صحیح و به موقع نوشته شده و تکمیل گردد.

دادگاه دو قانون مهم را در رابطه با مستند سازی در نظر دارد:

**1. عملکرد ثبت نشده** یعنی انجام نشده

**2. فرم گزارش کثیف** یا ناقص و ناخوانا دلیل بر مراقبت پزشکی غیر تخصصی یا ناکافی است.

یکی از دلایل اصلی برای کم اهمیت بودن ثبت صحیح فرم توسط تکنسین اورژانس:

**کم توجهی و غفلت** پزشک و پرسنل اورژانس بیمارستانی به آنچه پرسنل اورژانس ۱۱۵ ثبت کرده اند می باشد.

یعنی برایش فرقی نمی کنه مصدوم رو کی آورده .....

این دستورالعمل:

در جهت یکسان سازی نحوه ثبت فرم ماموریت اورژانس و کاهش خطاهای ثبت تهیه شده که رسیدن به این هدف اجرای صحیح آن را از سوی شما همکاران محترم می طلبد.

# اصول کلی در ثبت فرم ماموریت:

- گزارش کتبی مناسب، گزارشی است که صحیح، خوانا، به موقع، دست نخورده و عاری از اطلاعات غیر حرفه ای و نامربوط باشد.
- از بکار بردن واژگان عامیانه و نامفهوم، پیش داوری و عقاید بی جا پرهیز کنید.
- فقط چیزهایی را ثبت کنید که بتوان بطور ملموس آنها را اندازه گیری کرد.
- مثلا درست نیست بگویید بیمار مست است بهتر است نوشته شود بیمار اظهار می دارد که الکل خورده است.
- یا از بیمار بوی الکل استشمام می شود.
- بنابراین وارد کردن چنین اتهاماتی ممکن است منجر به دعوای حقوقی برای افترا و هتک حرمت شود.

- چون هر اقدامی نیاز به ثبت دارد لذا برای همه ماموریت ها حتی موارد لغو ماموریت (۱۰۱۹ و استقرار) یک فرم پر کنید.
- در فرم ماموریت اورژانس برای موارد **شایع** قسمتهایی بصورت **تیک خور** تعریف شده است.
- برای موارد **کمتر شایع** جایی برای **توضیح** تعبیه شده که معمولا این قسمتها بعنوان **سایر** درج شده است.

- اگر مجبورید بخش توضیحی فرم را پر کنید ، مطمئن شوید که چیزی را که می بینید یا انجام می دهید ، توصیف می کنید.
- برای نمونه ممکن است بنویسید : بیمار اعلام می دارد که **امروز مواد مخدر استفاده** کرده است. این یک توصیف مشخص است که هیچ قضاوتی را در مورد شرایط بیمار ارائه نمی دهد.
- ولی گزارشی که می گوید بیمار **نعشه** است **یک نتیجه گیری** را در مورد حالت بیمار ارائه می دهد.
- اگر **اطلاعات ماهیت حساسی** دارند به منبع آنها اشاره کنید.مثلا به گفته **همسرش اعتیاد** دارد.
- در ثبت **فرم ماموریت** از بکار بردن **کدهای رادیویی** بپرهیزید و تنها از کلمات خلاصه استاندارد استفاده کنید. زیرا این کدها برای پرسنل مراکز درمانی و دعاوی قضایی و حقوقی مفهوم نمی باشد.

- اگر از حالت اختصار یک کلمه مطمئن نیستید، یا احتمال برداشت اشتباه توسط دیگران را می دهید همیشه آن را به **طور کامل** یا بصورت **اصطلاح فارسی** بنویسید.

- مثلا نوشتن کلمه HT در تشخیص اولیه بیمار می تواند Head - trauma یا Hypertension تعبیر شود.

• اگر تلفظ یک واژه خاص را نمی دانید تلفظ آن را پیدا کنید یا از کلمه دیگری استفاده کنید .

• فرم گزارش و تمام اطلاعات آن ، اسناد محرمانه در نظر گرفته می شوند. شما اجازه افشای آن را بدون اجازه وی ندارید.(مگر موارد جرم و جنایت که افشای آن لازم باشد)

# موارد ثبت اشتباه:

اگر موردی را اشتباه ثبت کرده اید ، سعی نکنید همان نوشته را اصلاح کنید.

مخدوش کردن اطلاعات در فرم گزارش **تبعات قانونی** را برای شما به همراه دارد .

اگر در ثبت کردن گزارش خود اشتباهی را مرتکب شدید، یک خط افقی روی اشتباه خود بکشید، دوباره اطلاعات صحیح را بدنبال آن بنویسید و آنرا برای **تایید مهر و امضا کرده و تاریخ** بزنید.

فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵

مشخصات عمومی بیمار	
نام و نام خانوادگی: <b>جمشید ترکر ترکیان</b>	جنس: <input type="checkbox"/> زن <input checked="" type="checkbox"/> مرد
سن: ۳۵	ملیت: <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input checked="" type="checkbox"/> ایرانی
آدرس محل فوریت: <b>خمینی شهر بلوار الغدیر</b>	موت: <input type="checkbox"/>
موقعیت جغرافیایی محل فوریت: <b>۹۳/۵/۳</b>	مذکر: <input checked="" type="checkbox"/>
طول جغرافیایی: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> عرض جغرافیایی: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>
محل رخداد فوریت: <input checked="" type="checkbox"/> درون شهری <input type="checkbox"/> برون شهری	

تکستین قوه‌های پزشکی  
عجلین عابدی  
۹۳/۵/۳

- به این دلیل که در اکثر موارد ملاک ادامه درمان بیمار فرم بیمار گزارش کرده اید لذا چنانچه موردی را بررسی نکرده اید یا نسبت به آن احتمال داده اید یا اقدامی را انجام نداده اید هرگز در فرم ثبت نکنید.
- مثلا اگر فشار خون بیمار را کنترل نکرده اید ، فشار خون برای بیمار ثبت نکنید.
- یا اگر به بیمار اکسیژن نداده اید ننویسید بیمار اکسیژن دریافت کرده است.
- یکی از موارد شایع و مشکل ساز برای پرسنل عدم انجام عملیات احیای قلبی ریوی در صحنه حادثه می باشد که با توجه به آگاهی عموم مردم و شاهدان در صحنه در پیگیری های قضایی پرسنل دچار مشکل خواهند شد.
- چنانچه بیمار شرایط احیا قلبی ریوی را ندارد ( اندیکاسیون عدم احیا) از همان ابتدا با اتاق دیسپچ هماهنگی لازم انجام شود.

# قسمتهای مختلف فرم ماموریت اورژانس

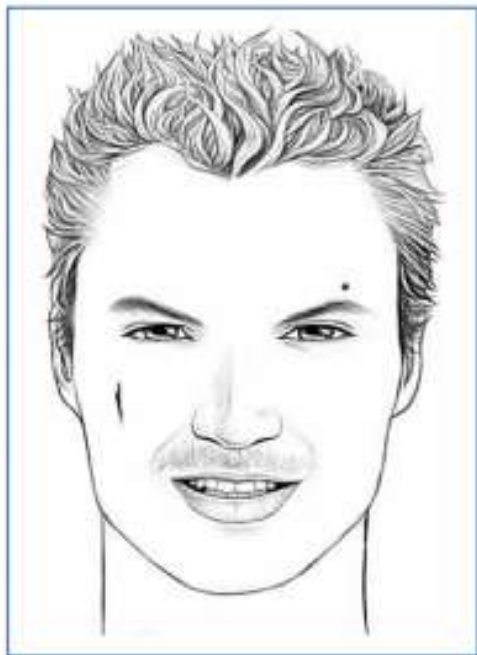


بنابر توصیه پزشکی قانونی برای نوشتن مشخصات افراد مجهول الهویه از علایم روی بدن مانند **خال بزرگ یا خالکوبی** یا توصیف آنچه می بینید می توانید استفاده کنید.

چنانچه از این قبیل تفاوتها پیدا نکردید می توانید روی بدن افراد مثلا قسمت پیشانی علامت بزنید.

در تصویر روبرو حداقل ۳ علامت شاخص شامل:  
خال کوچک بالای ابروی چپ، اثر زخم قدیمی  
روی گونه راست

و داشتن سبیل کم پشت می باشد .



## آدرس محل فوریت

آدرسی که از طرف دیسپچ در ابتدای ماموریت اعلام می شود در این قسمت ثبت گردد.

آدرس محل فوریت:

**نکته:**

در صورت مشاهده شخص راهنما در مسیر سریعاً مراتب را به اطلاع اتاق دیسپچ برسانید تا در صورت نیاز، **افراد تماس** گیرنده را نسبت به حضور شما در نزدیکی محل حادثه مطلع سازند.

# موقعیت جغرافیایی محل فوریت:

- آیتم های طول و عرض جغرافیایی بیشتر برای ماموریت‌های **اورژانس هوایی** کاربرد دارد که آدرس محل فرود آمبولانس هوایی مانند مناطق شهری بر اساس خیابان اصلی و کوچه نبوده و بر اساس **GPS** تعیین می گردد.
- محل رخداد فوریت به دو نوع **شهری** و **جاده ای** تقسیم می شود.
- در موارد انجام ماموریت در **حاشیه شهرها**، راه های بین شهری ، اتوبانهای خارج از شهر و روستاها مورد **جاده ای** را تیک بزنید.

آدرس محل فوریت:	
موقعیت جغرافیایی محل فوریت:	طول جغرافیایی: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	عرض جغرافیایی: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
محل رخداد فوریت:	<input type="checkbox"/> درون شهری <input type="checkbox"/> برون شهری

## شکایت اصلی (CC)

- C.C در واقع مخفف Complaint Chief یا شکایت اصلی می باشد.

- در این قسمت بایستی شکایت اصلی بیمار که در حال حاضر برای آن به اورژانس زنگ زده اعلام شود. مثلا بیمار **قلبی** الان **مشکل اصلیش درد قفسه سینه** است.

- یا برای بیمار **دچار سکته مغزی** الان **کاهش حس و حرکت یا بی حرکتی اندامها** مشکل اصلی است.

- این قسمت با تشخیص اولیه بیمار تفاوت دارد و برای این است که مشخص شود بیمار در حال حاضر از چه مشکلی رنج می برد.

شکایت اصلی بیمار (CC):
------------------------

- برای بیماران **بی هوش و بدون پاسخ** (به غیر از موارد فوتی)

- می توان در این قسمت مشکل **کاهش هوشیاری** را اعلام کرد.

- البته در برخی موارد مشکل اصلی (CC) با تشخیص اولیه هم پوشانی

- دارد و ممکن است یک عنوان داشته باشد مثل همین مورد کاهش هوشیاری.

## ثبت زمانها:

ثبت زمانها در یک ماموریت اورژانس از اهمیت خاصی برخوردار است. برای کاهش اختلاف زمان ثبت شده روی فرم ماموریت و فرم اتاق دیسپچ ، می توانید در ابتدای شیفت می توانید **ساعت آمبولانس** (یا ساعت **تلفن همراه** یا **ساعت مچی** خود) را با ساعت **اتاق دیسپچ** تنظیم نمایید.

بهتر است برای ثبت دقیق زمان حرکت از محل حادثه و زمان رسیدن به بیمارستان یک ساعت داخل کابین عقب نصب نمایید و از درج زمانهای حدسی و حدودی بپرهیزید.

ثبت زمان	
(۱) دریافت ماموریت	(۵) رسیدن به مرکز درمانی
(۲) حرکت از پایگاه	(۶) تحویل به مرکز درمانی
(۳) رسیدن به محل فوریت	(۷) حرکت از مرکز درمانی
(۴) حرکت از محل فوریت	(۸) پایان مأموریت

## نکته:

- بهتر است در ثبت زمانها از **یک ساعت** استفاده نمایید. (یعنی یک ساعت را از روی آمبولانس و دیگری را از روی ساعت تلفن همراه خود نبینید.
- زمانی که پیام رسیدن به محل یا حرکت از محل را به اتاق دیسپچ اعلام کردید حتما از شنیدن پاسخ اتاق دیسپچ مطمئن شوید و در صورت نیاز پیام خود را تکرار کنید.
- زیرا زمان دریافت پیام از طرف پرسنل اتاق دیسپچ در فرم آنها ثبت می گردد .

# قانون ساعت طلایی:

- فاصله زمانی بین (آسیب و درمان قطعی)، در واقع به معنای زمانی است که پس از آن شانس بقا بدلیل شوک یا صدمه ترومایی کاهش می یابد.
- طبق قانون ساعت طلایی باید حداقل زمان برای بیمار ترومای شدید در صحنه حادثه (کمتر از ۱۰ دقیقه) صرف شود.
- هدف باید بر ارزیابی، درمان فوری شرایط تهدید کننده حیات، آماده کردن بیمار برای انتقال و شروع انتقال در کمتر از ۱۰ دقیقه پس از رسیدن به صحنه متمرکز شود.

## توصیه انجمن طب اورژانس ایران

1. اساس برخورد در بیماران قلبی، آغاز هرچه سریعتر درمان از لحظه ورود بر بالین بیمار می باشد.
2. برخلاف بیمار قلبی، اساس اقدامات پیش بیمارستانی در تروما، انتقال هر چه سریع تر و ایمن تر بیمار به مراکز تروماست ( خصوصاً وقتی بیمار دچار ترومای شدید می باشد).

## نوع محل فوریت :

- بیمار یا مصدوم در لحظه حادثه در کدامیک از این مکانها قرار داشته است.
- بطور مثال: ماموریت‌های دارای جنبه های **قضایی و بیمه ای بحث حادثه** در محل کار می باشد که ذکر کلمه **صنعتی** یا **اداری** می تواند از بسیاری از ابهامات در پرونده مصدومیت بیمار پیشگیری نماید.
- **حوادث ورزشی** در ورزشگاهها و مکانهای ورزشی که با توجه به پوشش بیمه ورزشکاران قید مکان ، حادثه حائز اهمیت می باشد.



نوع محل فوریت		
<input type="checkbox"/> (۱) مسکونی	<input type="checkbox"/> (۲) آموزشی	<input type="checkbox"/> (۳) معابر ترافیکی
<input type="checkbox"/> (۴) صنعتی	<input type="checkbox"/> (۵) مراکز درمانی	<input type="checkbox"/> آزاد راه
<input type="checkbox"/> (۶) اماکن ورزشی و تفریحی	<input type="checkbox"/> (۷) اداری	<input type="checkbox"/> بزرگراه
<input type="checkbox"/> راه اصلی		
<input type="checkbox"/> راه فرعی		
<input type="checkbox"/> راه روستایی		
(۸) طبیعت با ذکر توضیح :		
(۹) سایر با ذکر نام :		

## نکته :

- چنانچه بیمار یا مصدوم از محل اصلی حادثه جابجا شده و به مکان دیگری رفته و یا توسط افراد حاضر در محل جابجا شده حتما در فرم گزارش این مورد قید گردد و مکان حادثه و مکان فعلی بیمار مشخص و جداگردد .

در قسمت نوع محل فوریت با اصطلاحاتی همچون :

- آزادراه
- بزرگراه
- راه اصلی
- راه فرعی

## علائم همراه بیمار

علائم همراه در حین ارزیابی بیمار، گرفتن شرح حال و معاینه بیمار بدست می آید .

ممکن است در زمان حادثه تا رسیدن به مرکز درمانی **تشدید** پیدا کند یا **تخفیف** یابد و یا **کلا از بین برود** که البته **ثبت تغییرات** آنها نیز از اهمیت خاصی برخوردار است.

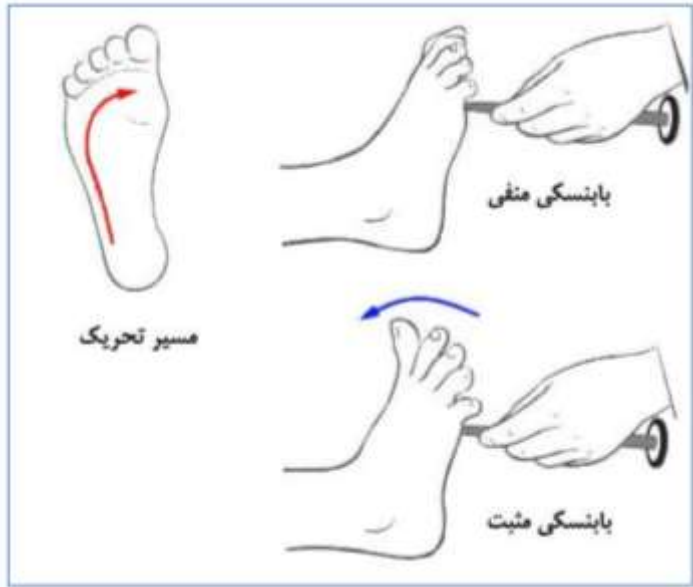
علائم همراه		
<input type="checkbox"/> تنگی نفس	<input type="checkbox"/> دوبینی	<input type="checkbox"/> ضعف و بی حالی
<input type="checkbox"/> درد قفسه سینه	<input type="checkbox"/> تاری دید	<input type="checkbox"/> درد شکمی
<input type="checkbox"/> تعریق	<input type="checkbox"/> بیهوشی گذرا	<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ
<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> تب و لرز	<input type="checkbox"/> اسهال
<input type="checkbox"/> فراموشی بعد از بیدار شدن	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> خونریزی
<input type="checkbox"/> اختلال حسی و حرکتی	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/> سایر با ذکر نام:

## مهمترین این علایم عبارتند از:

- تنگی نفس، درد قفسه سینه، تعریق، سرگیجه، اسهال ، استفراغ ، اختلال حسی و حرکتی
- فراموشی بعد از ضربه یا (PTA) Amnesia Traumatic Post.
- PTC تشنج بعد از ضربه convulsions
- PTU -بیهوشی بعد از ضربه unconscious
- PTV -تهوع و استفراغ بعد از ضربه vomiting
- PTS -یک علامت عصبی بعد از ضربه مثل بی اختیاری یا بی حرکتی syndrome

# روش بررسی اختلال حسی و حرکتی :

- در معاینه فیزیکی بیمار خصوصا بیمار **ترومایی** یا بیمار مشکوک به **سکته مغزی** چهار اندام (دست ها و پاها) بایستی از نظر حس و حرکت کنترل گردد.
- چنانچه بیمار هوشیار است از او بخواهید تا دست ها و پاها را تک تک حرکت دهد
- در افراد دچار کاهش هوشیاری رفلکس کف پا (بابنسکی) را چک کنید و همه نتایج بدست آمده را در فرم گزارش ثبت کنید.
- بابنسکی مثبت نشانه اختلال مغز و اعصاب می باشد.



## ثبت اسهال بیمار در موارد زیر مهم است:

- گروه‌های پر خطر مانند بیمار نوزاد یا سالمند (بدلیل دهیدارتاسیون)
- مسمومیت
- درد شکم

# نکات منفی در فرم گزارش

- یافته هایی هستند که هیچ گونه مراقبت یا مداخله پزشکی را ایجاب نمی کنند ، اما یافتن آنها نشانه انجام معاینه کامل و شرح رویداد توسط پرسنل اورژانس است.
- برای مثال، زمانی که در حال معاینه بیماری هستید که از **درد معده شکایت** دارد، این واقعیت که شکم نرم است و هنگام **لمس دردناک** نیست، از نکات منفی مربوط خواهد بود.
- فقدان حالت **تهوع و استفراغ** در بیماری که شکایت از **درد قفسه سینه** دارد نیز یک نکته منفی مربوط خواهد بود.
- در واقع این موارد نشانه ها یا علایمی هستند که انتظار یافتن آنها را دارید ولی وجود ندارند.

## نکته بسیار مهم:

تمام بیماران و مصدومین را بطور کامل ارزیابی کنید و یافته های خود را بطور دقیق ثبت نمایید حتی اگر دچار آسیب سطحی و مشکلات جزئی باشند.

## یک مثال واقعی

پلیس فردی را با حالت گیجی دستگیر می کند و به ایستگاه پلیس می برد و به اورژانس زنگ می زند. پرسنل اورژانس پس از بررسی بیمار پی به مشکل وی نمی برند و برای بررسی بیشتر وی را به مرکز درمانی انتقال می دهند.

در طول مسیر بیمار یکبار استفراغ می کند و تکنسین فراموش می کند این مورد را یادداشت کند. بیمار پس از ۲ ساعت بستری در مرکز درمانی مرخص می شود و دوباره پلیس برای کمک به وی با اورژانس تماس می گیرد.

بیمار این بار علایم تشنج را دارد و با این تشخیص به مرکز درمانی برده می شود و پس از تصویربرداری از وی تشخیص خونریزی مغزی داده شده و بیمار ساعتی بعد فوت می کند. خانواده وی به دادگاه شکایت کرده و تقاضای بررسی پرونده بیمار را دارند.

دادگاه عدم ثبت استفراغ بیمار را قصور اعلام کرده و تکنسین را محکوم می کند. زیرا بیمار قبلاً دچار تروما به سر شده بوده و تنها علامت آن استفراغ بوده که ثبت نشده است.

## تشخیص اولیه بیماری :

- این قسمت بیشتر بر اساس **علائم حیاتی بیمار** ، شرح حال اولیه و ۵۰- ۱۰ با اتاق دیسیج بدست می آید.
- بهتر است زمانیکه به تشخیص مناسبی در نوع بیماری دست پیدا نمی کنید با **پزشک یا کارشناس اتاق دیسیج** مشاوره نمایید یا در فرم ماموریت کلمه "احتمالا" را در کنار نوع تشخیص بنویسید.

تشخیص اولیه بیماری	
<input type="checkbox"/> قلبی	<input type="checkbox"/> تب و تشنج
<input type="checkbox"/> تنفسی	<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون
<input type="checkbox"/> آسم	<input type="checkbox"/> دیابت
<input type="checkbox"/> سکته مغزی	<input type="checkbox"/> کاهش سطح هوشیاری
<input type="checkbox"/> صرع	<input type="checkbox"/> اورژانس زنان
<input type="checkbox"/> اختلال روانی	<input type="checkbox"/> سایر :

- در اکثر شرایطی که بیمار زمینه **هیجان و استرس** را داشته و اکنون دچار علائم **حسی و حرکتی** شده ممکن است ساده ترین تشخیص توسط پرسنل اورژانس، **تشخیص کانورژن** باشد.

- توجه داشته باشید که کانورژن دارای تعریف مشخص بوده و قطعی شدن آن بستگی به رد بیماریهای جسمی بوسیله آزمایشات پاراکلینکی دارد.

### **نکته :**

- هرگز خدمات پیش بیمارستانی را به بیمارانی که احتمال مشکلات روحی-عصبی دارند دریغ نکنید، خصوصا اگر در حین معاینه اولیه دچار کاهش هوشیاری بوده و نسبت به تحریکات دردناک مقاوم باشند.

## اختلال تبدیلی یا کانورژن **disorder Conversion**:

عوامل روانشناختی مانند **کشمکش حل نشده** با شروع یا تشدید علائم رابطه دارد.

- خصوصیات بالینی اختلال تبدیلی با سه گروه نشانگان اصلی (حسی - حرکتی - تشنجی) تشخیص داده می شود.

- بیماری در **هر سنی** روی می دهد. بیشتر از همه در **نوجوانان و جوانان** و طبقات **اجتماعی-اقتصادی پایین** ، افراد **کم سواد** و اهالی **روستاها** دیده می شود.

- شروع یا تشدید علائم بدنبال تعارض یا سایر عوامل استرس زا است.

**نکته:** در صورت احتمال تشخیص کانورژن برای بیمار هرگز از روشهایی مانند: تزریق آب مقطر زیر پوست، ریختن الکل داخل بینی و بستن مسیر تنفس بیمار بعنوان روش درمانی استفاده نکنید. (دیازپام وریدی یا عضلانی)

## علائم حیاتی بیمار:

علائم حیاتی				
زمان	RR	BP	PR	Temp
زمان رسیدن بر بالین بیمار				
زمان تحویل به بیمارستان				
آبی : بیمار		زرد : بیمارستان		

# کنترل نبض یا Pulse

- برای کنترل تعداد ضربان قلب بهتر است ضمن استفاده از **پالس اکسیمتر** انگشتی یا پالس اکسیمتر داخل آمبولانس حتما نبض بیمار برای دریافت اطلاعاتی در مورد **کیفیت نبض** (قوی یا ضعیف بودن یا منظم و نامنظم بودن آن) کنترل شود.
- در نظر داشته باشید : دستگاه پالس اکسیمتر ممکن است در اثر عواملی چون **لرزش**، **درجه حرارت محیط** و یا **کاهش شارژ** دچار نوسان شود و **نبض را غیر واقعی** نشان دهد.
- **لمس نبض بیمار به کنترل دمای بدن بیمار و تشخیص هیپوترمی و هیپوترمی** کمک می کند.
- برای کنترل نبض در **ایست قلبی تنفسی** یا مواردیکه همراه با افت شدید فشار خون هست از شریان **کاروتید** در بزرگسالان و نبض داخل بازویی (**براکیال**) در نوزادان استفاده کنید.
- چنانچه **نبض بیمار نامنظم** باشد بایستی نبض به **مدت یک دقیقه** شمارش و سپس ثبت گردد.

# کنترل فشار خون Pressure Blood

- با توجه به اینکه فشارخون یکی از ملاکهای تشخیص بیماری و آغاز درمان (تجویز دارو) می باشد لذا در کنترل علائم حیاتی، حتما فشار خون را اندازه گیری نمایید .
- در صورت هیپرتنشن یا هیپوتنشن حداقل یک مرتبه دیگر حین انتقال بیمار به مرکز درمانی فشار خون را اندازه گیری نمایید .
- درج زمان در کنار آن فشار خون را ثبت کنید.
- در اطفال بالای ۳ سال فشارخون را اندازه گیری کنید و برای آنها حتما فشار سنج اطفال را بکار ببرید.

## نکته مهم:

کنترل فشار خون با دستگاه (NIBP پالس اکسیمتر) داخل آمبولانس بدلیل حرکت و تکان های آمبولانس به دقت روش دستی نمی باشد.

• بازویی که از آن فشارخون کنترل می شود باید تا **شانه لخت** باشد و اگر آستین لباس بالا زده می شود بایستی نازک و به اندازه کافی گشاد باشد.

• کاف را **سریع باد** کنید و به **آرامی تخلیه** کنید، در غیر اینصورت روی عدد صحیح فشارخون تاثیر دارد.

## عوامل موثر بر افزایش کاذب فشارخون:

- آویزان بودن دست هنگام اندازه گیری فشارخون
- مصرف کافئین (چای، قهوه) و الکل قبل از کنترل فشار خون
- کاف کوچک دستگاه فشار سنج



## عوامل موثر بر کاهش کاذب فشارخون:

- بالاتر بودن دست از سطح قلب
- تنگ بودن لباس و فشار روی بازو

در فردی که چاق است و طول بازوی کوتاه دارد می توان کاف فشار سنج را بجای بازو روی ساعد بست و بجای سمع صدای کوروتوکوف نبض رادیال را کنترل کرد .

- چنانچه در کنترل فشار خون با گوشی پزشکی، سمع صدای کورتوکوف مشکل بود یا شنیده نشد از روش کنترل فشارخون با لمس نبض استفاده کنید و بجای عدد دیاستول **علامت P** را در فرم اورژانس بکار ببرید.

- اغلب تصور می شود که لمس نبض می تواند تخمینی از فشارخون سیستولیک باشد اما این روش در مقالات علمی تایید نشده است.

- یک مطلب ثابت شده این است که هرگاه نبض لمس شود (مرکزی یا محیطی) فشار خون حداقل ۶۰ mmHg است .

# کنترل (SatO2) میزان اشباع هموگلوبین خون از اکسیژن

- یکی از موارد قابل استفاده در کنترل علائم حیاتی بیمار : میزان Sat O2
- عدد طبیعی Sat O2 در شرایط عادی ۹۵ تا ۹۹ درصد می باشد.
- در موارد مسمومیت با مونوکسید کربن دستگاه پالس اکسیمتر ممکن است اشباع را ۱۰۰٪ نشان دهد ولی باید دقت کرد که بدلیل اشباع کامل هموگلوبین خون از گاز مونوکسید ، این عدد نمایش داده می شود و دلیل بر وضع خوب اکسیژن رسانی بیمار نیست.
- در واقع دستگاه تفاوتی بین گاز اکسیژن و مونوکسید کربن قائل نمی شود و فقط میزان اشباع را نشان می دهد.
- چنانچه امکان گذاشتن پروب پالس اکسیمتر بر روی نوک انگشتان دست نباشد (وجود لاک روی ناخن، سوختگی ، شکستگی و...) می توانید پروب را بر روی انگشتان پا یا نرمه گوش بگذارید.

# کنترل دمای بدن

**کنترل و ثبت دمای بدن بیمار در موارد زیر اهمیت دارد:**

1. سابقه جراحی ، عفونت و تب اخیر (مانند عفونت سیستم تنفسی)
2. کودکان و نوزادان بدلیل خطر تشنج بدنبال تب
3. در بیمار احتمال عفونت سیستم عصبی (مننژیت)
4. گرمزدگی

در ثبت دمای بدن به **روش اندازه گیری** دما ( زیر زبانی، زیر بغلی، مقعدی) اشاره کنید.

# کنترل GCS یا سطح هوشیاری

## glasgow coma scale

در جدول ارزیابی هوشیاری، در کنار این قسمت در فرم ماموریت، راهنمای تعیین نمره هوشیاری بیمار بر اساس سه آیتم **باز کردن چشم، پاسخ کلامی و پاسخ حرکتی** آورده شده است.

GCS				نمره چشمها	نمره پاسخ کلامی	نمره پاسخ حرکتی
E4	V5	M6	T15			
			۳	در پاسخ به صدا / زیر یکسال : فریاد زدن		
			۲	در پاسخ به درد		
			۱	بدون پاسخ		
			۵	بیدار، هوشیار، آریانته/ ۵-۲ سال: عبارات مربوط / زیر ۲ سال: صداهای طبیعی		
			۴	عبارات نامربوط / ۵-۲ سال: کلمات نامربوط / زیر ۲ سال: گریه تسلی پذیر		
			۳	کلمات نامربوط / زیر ۵ سال : گریه یا جیغ مداوم		
			۲	نالہ یا اصوات نامفهوم		
			۱	بدون پاسخ		
			۶	اجرای دستورات / زیر ۵ سال : حرکات نرمال		
			۵	تعیین محل تحریک		
			۴	دور شدن از محل درد		
			۳	فلکسیون غیر طبیعی اندامهای فوقانی همراه با اکستانسیون غیر طبیعی اندامها		
			۲	اکستانسیون غیر طبیعی اندامهای فوقانی و تحتانی		
			۱	بدون پاسخ		
سفید : اورژانس						

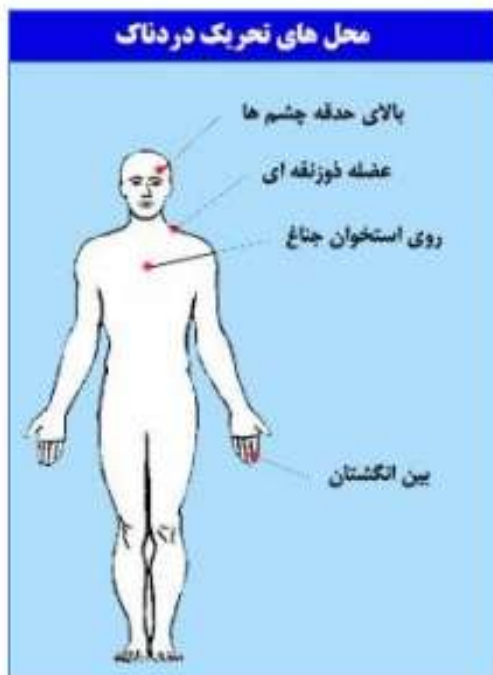
GCS : ...../15

## جدول کمای گلاسگو

نمره	وضعیت بیمار	
۴	خود به خودی	باز کردن چشم ها 
۳	در پاسخ به صدا زیر یکسال فریاد زدن	
۲	در پاسخ به درد	
۱	بدون پاسخ	
۵	بیدار ، هوشیار / اریانته ۲-۵ سال : عبارت مربوط زیر ۲ سال : صداهای طبیعی	پاسخ کلامی 
۴	عبارت نامربوط ۲-۵ سال کلمات نامربوط زیر ۲ سال گریه تسلی پذیر	
۳	کلمات نامربوط زیر ۵ سال گریه یا جیغ مداوم	
۲	ناله یا اصوات نامفهوم	
۱	بدون پاسخ	
۶	اجرای دستورات زیر ۵ سال: حرکات نرمال	پاسخ حرکتی 
۵	تعیین محل تحریک	
۴	دور شدن از محل درد	
۳	فلکسیون غیر طبیعی اندام های فوقانی همراه با اکستانسیون غیر طبیعی اندام ها  دسربره	
۲	اکستانسیون غیر طبیعی اندام های فوقانی و تحتانی  دکور تیکه	
۱	بدون پاسخ	

## محل‌های مناسب برای اعمال تحریک دردناک در کنترل سطح هوشیاری

- در ارزیابی هوشیاری بهتر است ابتدا از روش‌های کمتر دردناک مانند فشردن **عضله دوزنقه** ای استفاده کرد و در صورت عدم پاسخگویی روش‌های دیگر را آزمود.
- ضمناً در صورت تحریک یک طرف بدن و نداشتن پاسخ همان تحریک را در سمت دیگر بدن نیز تست کنید شاید اختلالی در این سمت بدن وجود داشته است.



■ دکورتیکه



■ داسریوه

# از دیگر نقاط تحریک دردناک پذیرفته شده و قابل قبول

1. فشار بین انگشتان دست

2. فشار ملایم به بستر ناخن

- به منظور اعمال فشار بین انگشتان دست باید یک جسم سخت از قبیل مداد یا خودکار را بین دو انگشت بیمار بگذارید و انگشتان را در مقابل جسم سخت بفشارید .
- به منظور اعمال فشار بر بستر ناخن نیز باید نوک انگشت دست بیمار را بین انگشتان شست و اشاره خود قرار داده و با استفاده از انگشت شست خود در بستر ناخن بیمار فشار وارد کنید.

## تذکر مهم:

انجام تحریک دردناک با کشیدن یا چرخاندن نوک سینه (nipple) بیمار ممنوع می باشد .

## بررسی مردمکها:

در بررسی مردمک ها باید به سه آیتم زیر پرداخته شود:

1. اندازه مردمک ها

2. پاسخ مردمکها به تاباندن نور

# نحوه بررسی پاسخ مردمک به نور:

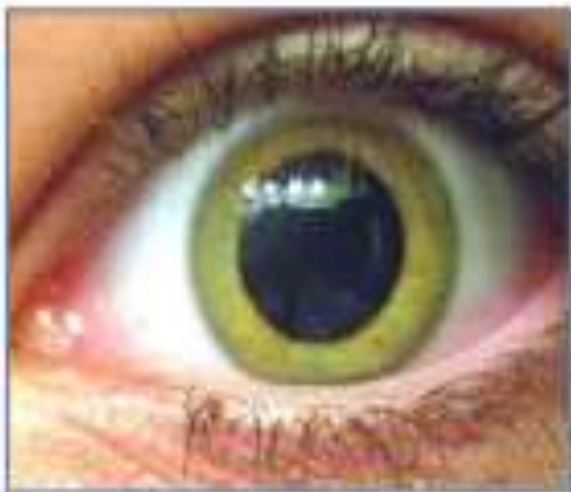
- برای بررسی باید در یک محیط تاریک ، به چشم بیمار نور بتابانید.
- در یک محیط روشن چشم را با دست خود بپوشانید.
- هر دو مردمک باید پاسخ هم زمان و مساوی نسبت به نوری که در هر یک از این دو تابیده شده داشته باشد که به آن **رفلکس همزمانی** نامیده می شود.
- وقتی به یک چشم نور می تابانید ، واکنش مردمک دیگر را بررسی کنید.
- بنابراین با تاباندن نور در هر چشم ابتدا **واکنش مردمک مقابل** و سپس **واکنش همان چشم** را بررسی کنید.



بررسی مردمکها		
L	اندازه	R
<input type="checkbox"/>	نرمال	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	دیلاته	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	میوتیک	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	بدون پاسخ	<input type="checkbox"/>



- تحت شرایط طبیعی پاسخ مردمک به نور باید سریع باشد.
- کاهش خونرسانی مغزی، افزایش سطح دی اکسید کربن یا صدمات مغزی می تواند باعث کندی پاسخ مردمک به نور شود.
- نابرابر بودن اندازه مردمکها معمولا حاکی از سکته مغزی یا آسیب به سر است.
- مردمک دیلاته در ایست قلبی یا آسیب شدید مغزی دیده می شود.
- مردمک بسیار تنگ یا سوزنی در مسمومیت با مخدر یا آسیب ساقه مغز دیده می شود.



## کنترل BS

مواردی حتما قند خون بیمار را در مرحله ارزیابی کنترل نموده و ضمن اطلاع به دیسپچ در فرم ماموریت ثبت کنید:

1. اختلال هوشیاری با سابقه قند خون بالا حتی در صورتیکه تحت درمان با انسولین یا قرص باشد.

2. تشخیص افتراقی هیپوگلسیمی با مسمومیت (مخدر) و تشنج

3. کاهش هوشیاری بدون سابقه تروما

4. بی قراری ، صحبت‌های بی ربط بیمار

5. تشنج کودکان

## برای کنترل صحیح قند خون به موارد زیر دقت کنید:

- کد درج شده روی قوطی کیت گلوکومتر با کد نمایش داده شده توسط گلوکومتر یکی باشد.
- به تاریخ انقضاء کیت های تست قند توجه کنید. طبق دستورالعمل سازنده آن چنانچه بیش از یک ماه از باز کردن درب قوطی گذشته عدد قند خون قابل اعتماد نیست.
- بیرون نگه داشتن کیت ها خارج از قوطی باعث جذب رطوبت و خرابی آنها می شود.

### نکته:

چنانچه در موارد هیپوگلیسمی از ویال دکستروز یا قند خوراکی برای درمان بیمار استفاده کردید، حتما قند خون ثانویه بیمار را نیز چک کرده و در فرم ماموریت ثبت کنید.

## بررسی ریه:

- در برخی از موارد فوریت‌های پزشکی صدای تنفسی و سمع ریه‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است (مانند **بیمار تنفسی، مصدوم تصادفات** رانندگی که مصدوم دچار ضربه به **قفسه سینه** شده است) و به ما در تشخیص افتراقی بیماریها و درمان سریع بیمار کمک می‌کند.

بررسی قلب و عروق		بررسی ریه			
<input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> صدای اضافی	سمع:	L	نرمال رال بازدم طولانی/ویز	R	سمع
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نامنظم	ریتم:	<input type="checkbox"/>	منظم نامنظم	<input type="checkbox"/>	ریتم
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>تروما</b>					

برخی از صداهای غیر عادی بدون سمع و بصورت واضح از بیمار شنیده می شود .

- صدای خرخر کردن : Snoring نشانه انسداد نسبی راه هوایی به وسیله زبان و اپی گلوت

- صدای قل قل کردن : Gurgling نشانه وجود مایع در راه هوایی

- استریدور Stridor و قارقار کردن : Crowing ناشی از تورم و اسپاسم عضلانی راه هوایی

• آشنایی با انواع صداها و لغت بکار رفته برای آنها در فرم گزارش بسیار اهمیت دارد.

• در صورتیکه در تشخیص نوع صدای غیر عادی شک دارید به جای اشاره به نام صدای غیر عادی عبارت " صدای اضافی در سمع شنیده می شود" را قید کنید.

## چند نکته مهم در مورد سمع صدای ریه:

- در اکثر مواقع صداهای ریه از پشت بهتر شنیده می شود لذا در صورت امکان بیمار را در حالت نشسته معاینه کنید.
- سمع را در دو طرف قفسه سینه (ریه چپ و راست) انجام داده و صدا را با طرف دیگر مقایسه کنید.
- گوشی را روی پوست بیمار ( زیر لباس ) و بصورت محکم قرار دهید چون تماس گوشی با لباس تولید صدای اضافی می کند.

## رال یا کراکل :

صدایی در هنگام دم که شبیه پا گذاشتن روی برف است.  
به علت تجمع ترشحات داخل ریه ها. مانند: ادم ریه

## ویز:

صدای ناشی از عبور هوا از مجاری تنگ شده و دچار انسداد نسبی مانند: آسم ، برنکو اسپاسم و یا وجود جسم خارجی در مسیر هوایی

## رونکای:

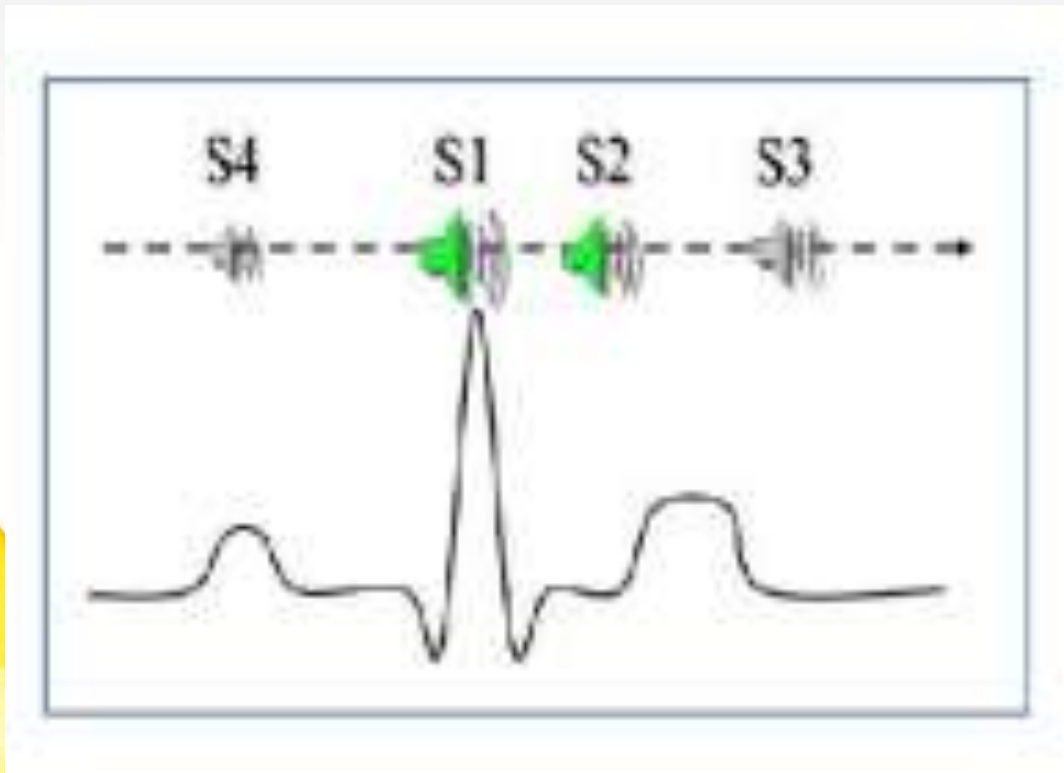
صدای مداوم و با کیفیت زنگ دار (شبیه خرناص).بدلیل وجود ترشحات در مسیر راههای هوایی بزرگ. بیشتر در بازدم شنیده می شود.

## استریدور:

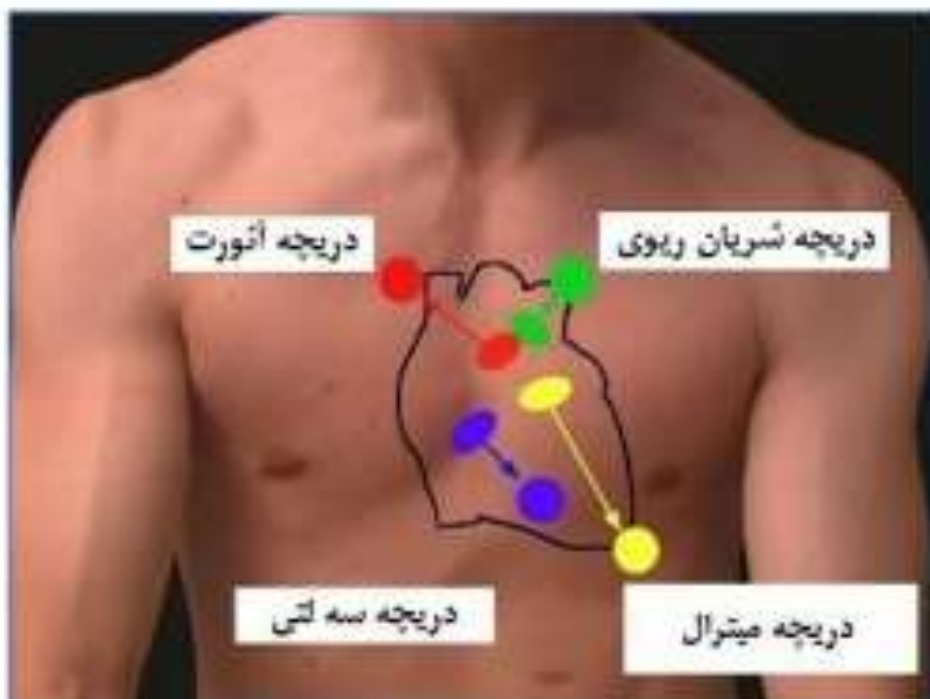
صدای شبیه قارقار ناشی از تنگی، تورم یا انسداد راه هوایی

# بررسی قلب و عروق

- صداهای طبیعی قلب یعنی صدای اول و دوم عمدتاً در اثر بسته شدن دریچه های قلب شنیده می شود.
- در بیماری های بطنی ممکن است به وجود صدای اضافی در زمان سیستول و دیاستول پی برد که آنها را صداهای گالوپ اسنپ Gallup Snap و کلیک Click می نامند .



- **تنگی** قابل ملاحظه دریچه ، زمانی که دریچه باید باز باشد و **باز ماندن** شکاف دریچه ، وقتی باید بسته باشد ، باعث ایجاد صداهایی میشود که آنها را سوفل (Murmur) می نامند .
- در ثبت قسمت سمع صدای قلبی کافیت به وجود صدای اضافی اشاره کنید و نیازی به بکار بردن اصطلاحات فوق الذکر ندارد.



محل های مناسب برای سمع صداهای قلبی

## حوادث مرتبط با حمل و نقل:

- با توجه به حساس بودن حوادث مرتبط با حمل و نقل (تصادفات) از نظر **خدمات بیمه** و **قوانین جزایی** ، تعیین نوع وضعیت مصدوم و وسیله نقلیه در فرم مأموریت از اهمیت خاصی برخوردار است.
- هر چند که مهمترین وظیفه پرسنل اورژانس در صحنه حادثه رسیدگی به وضعیت مصدومین می باشد.
- یک تکنسین با تجربه ضمن بررسی اولیه در صحنه حادثه از نظر **ایمنی صحنه** حادثه و **تعداد و وضعیت مصدومین** به **نوع حادثه** و **مکانیسم آسیب** هم توجه دارد و اطلاعاتی از این قبیل را در همان لحظات اولیه در مورد حادثه کسب می کند.

حوادث مرتبط با حمل و نقل	
وسیله نقلیه	وضعیت مصدوم
<input type="checkbox"/> هوایی (۲)	<input type="checkbox"/> عابر (۱)
<input type="checkbox"/> دریایی (۳)	<input type="checkbox"/> راننده (۲)
<input type="checkbox"/> ریلی: (۴)	<input type="checkbox"/> سرنشین (۳)
<input type="checkbox"/> سطح زمینی	<input type="checkbox"/> نامشخص (۴)
<input type="checkbox"/> زیر زمینی	<input type="checkbox"/> سایر (۵)

- چنانچه صحنه **حادثه مشکوک** است و علایمی دال بر تصادف مانند وسیله نقلیه در صحنه حادثه دیده نمی شود بهتر است موارد به اطلاع اتاق دیسپچ رسانده شود و در فرم ذکر شود که به گفته شاهدان یا به گفته خودش تصادف می باشد.

- تعیین مقصر یا بررسی کروکی صحنه حادثه برای تعیین فرد خاطی به عهده پلیس (راهور در جاده و راهنمایی و رانندگی در شهر) می باشد .

- چنانچه در صحنه حادثه شاهی حضور ندارد و زمان هم برای توقف تا رسیدن نیروهای پلیس ندارید بهتر است برای ثبت صحنه حادثه در صورت امکان از صحنه حادثه **عکس** بگیرید یا مستندات مهم مانند **شماره پلاک** وسایل نقلیه را ثبت کنید .

- در صورتیکه تصادف بسیار شدید باشد امکان بهم خوردن شکل خودروها خصوصا خودروهای سبک وجود دارد که این مساله بیشتر در شب باعث اختلال در تشخیص نوع خودرو می گردد.

- لذا در ثبت حوادثی با این خصوصیت از حدس زدن نوع خودرو پرهیز نموده و به قید خودروی سبک یا سنگین اکتفا نمایید.



- در صورتیکه ضارب در تصادف محل را ترک نموده باشد حتما به این مورد در فرم گزارش اشاره نمایید. (مثلا عابر با موتورسیکلت متواری) چنانچه نوع تصادف بین دو وسیله نقلیه مشابه است برای ثبت اینکه این مصدوم مربوط به کدام وسیله بوده از تفاوت **رنگ یا پلاک** خودروها استفاده کنید.

- بطور مثال تصادف موتورسیکلت با موتور سیکلت بوده و مصدوم راکب یکی از موتورسیکلت ها که شما ثبت می کنید " مصدوم راکب **موتور سیکلت آبی** رنگ یا به شماره پلاک. ...."

## نکته مهم:

• به محض ورود به صحنه تصادف ضمن ارزیابی صحنه از تعداد سرنشینان وسایل نقلیه درگیر در تصادف و **وضعیت فعلی** آنها سوال کنید.

• **بی توجهی** به **تعداد** سرنشینان باعث سرگرم شدن به مصدومین به ظاهر بد حال می شود و دیگر مصدومین مورد غفلت قرار می گیرند .

# حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل:

در این قسمت از فرم مأموریت به ۱۴ نوع حادثه شایع (غیر از تصادف) اشاره شده است.

## خشونت:

شامل موارد ضرب و جرح، تجاوز، نزاع و درگیری مسلحانه می باشد. بهتر است در مقابل این گزینه نوع خشونت ذکر شود. در صحنه های مشکوک به خودکشی و مکانهایی که هنوز پلیس وارد نشده تا خودکشی را تایید کند، بهتر است گزینه خودکشی را تیک نزید یا کلمه احتمالا را در کنار آن قید کنید.

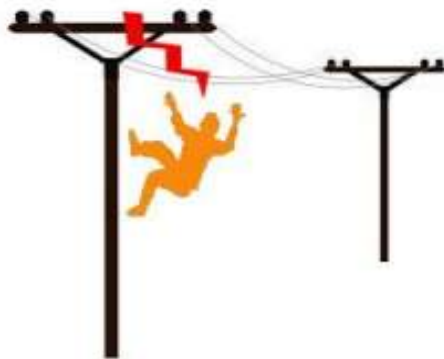
حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل		
<input type="checkbox"/>	(۳) خشونت	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۲) انسداد راه هوایی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۴) خودکشی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۵) برق گرفتگی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۶) سرما زدگی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۷) گرما زدگی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۸) حیوان گزیدگی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۹) گزش حشرات، خزندگان	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۱۰) سوختگی: جسم داغ <input type="checkbox"/> شیمیایی <input type="checkbox"/> مایعات داغ <input type="checkbox"/> الکتریکی <input type="checkbox"/> حریق <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۱۱) مسمومیت: CO <input type="checkbox"/> دارو <input type="checkbox"/> مواد مخدر <input type="checkbox"/> سموم <input type="checkbox"/> الکل <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۱۲) سقوط: همتراز <input type="checkbox"/> غیر همتراز <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۱۳) برخورد با نیروهای مکانیکی بیجان <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۱۴) تروما در اثر یخبندان <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(۱۵) سایر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## سقوط:

سقوط در سطح همتراز مانند کسی که غش کرده یا فرد سالمندی که حین راه رفتن زمین خورده یا سر خوردن روی سطح زمین .

سقوط در سطح غیر همتراز مانند شخصی که از ارتفاعی افتاده یا در پله ها زمین خورده مثالهای دیگر شامل سقوط از پشت بام یا سقوط داخل چاه می باشد.

حتما در مورد سقوط در سطح غیر همتراز به ارتفاع سقوط اشاره کنید. زیرا در توجه به مکانیسم حادثه و نوع برخورد با بیمار بر اساس آسیب احتمالی، تاثیر زیادی دارد. از نظر مکانسیم آسیب، سقوط از ارتفاعی ۲ برابر طول قد مصدوم یک ترومای شدید محسوب می گردد. در ساختمانهای بلند از تعداد طبقات می توان ارتفاع را برآورد کرد. (هر طبقه معمولا ۳ متر)



## مسمومیت:

مورد مسمومیت با دارو، مواد مخدر و سموم اشاره به نوع ماده از اهمیت خاصی برخوردار است و در ادامه سیر درمان بیمار در مراکز درمانی بسیار کمک کننده خواهد بود. بهتر است ظرف و پوسته حاوی قرص ، مواد مخدر یا آنچه با آن مسموم شده است را به همراه بیمار به مرکز درمانی بیاورید و در فرم ماموریت ثبت کنید.

## برخورد با نیروی مکانیکی بیجان:

این حوادث شامل سقوط اجسام روی فرد، ترومای ناشی از حوادث کار و برخورد با دستگاهها و ماشین آلات (اغلب حوادث کار) می باشد.

- چنانچه مصدوم از **چند حادثه متفاوت آسیب** دیده است به همه آنها اشاره کنید و در صورت **اهمیت ترتیب** روی دادن حوادث با ذکر شماره در کنار آنها و یا گذاشتن یادداشت در قسمت توضیحات به آنها اشاره کنید.

- بطور مثال ممکن است یک نفر در اثر **برق گرفتگی** دچار **تروما و سقوط** از ارتفاع شود پس لازم است هر دو مورد حادثه برای این مصدوم در فرم ماموریت تیک بخورد و در کنار **حادثه برق گرفتگی شماره یک** و در کنار **حادثه سقوط شماره دو** را بنویسید یا در قسمت توضیحات بنویسید که مصدوم بدنبال برق گرفتگی از ارتفاع سقوط نموده است.

# تاریخچه پزشکی بیمار

- این قسمت از فرم مأموریت اورژانس به بررسی سوابق پزشکی بیمار می پردازد و اطلاعات آن در زمان معاینه و گرفتن شرح حال کامل در صحنه حادثه و داخل آمبولانس بدست می آید.
- گاهی سابقه پزشکی بیمار با مشکل فعلی وی در ظاهر ارتباطی ندارد ولی در ادامه سیر درمان تشخیص صحیحی از نوع بیماری وی حاصل می کند.

تاریخچه پزشکی بیمار							
<input type="checkbox"/>	دیابت	<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input type="checkbox"/>	آسم	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی
<input type="checkbox"/>	سابقه بدخیمی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی	<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون
<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>	مشکلات کلیوی	<input type="checkbox"/>	روانی	<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد
<input type="checkbox"/>	ریوی	<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما	<input type="checkbox"/>	معلولیت
<input type="checkbox"/>	سایر	<input type="checkbox"/>	بیماریهای عفونی	حساسیت دارویی با ذکر نام :			

- چنانچه بیمار برای درمان مشکل فعلی خود به مراکز درمانی مراجعه نموده و تحت درمان بوده است به اقدامات انجام شده برای وی اشاره نمایید .
- برای سوال از بیمار یا همراهان در مورد مشکلات روانی (با توجه به حساسیت بیماران) می توانید بپرسید که آیا بیمار سابقه مشکل روحی و عصبی داشته است؟
- ضمن اینکه به نوع داروهای مصرفی توسط بیمار نیز باید توجه نمود.

# تاریخچه داروی مصرفی

- افراد **سالمند** که از زمان و میزان صحیح مصرف داروی خود مطلع نیستند احتمال **مسمومیت با دارو** مطرح می باشد.
- چنانچه نوع داروی مصرفی با مشکل فعلی بیمار ارتباط دارد مثلا مصرف قرص **کاپتوپریل** در بیمار دچار فشار خون حتما به **زمان مصرف دارو** توسط بیمار اشاره کنید.
- بطور مثال قرص کاپتوپریل (ساعت ۱۱ صبح). همیشه **آخرین نوبت مصرف دارو را از بیمار سوال** کنید و در فرم ماموریت یادداشت نمایید .
- معمولا در افراد سالمند در صورت سوال از نوع داروی مصرفی با انبوهی از داروها که توسط بیمار نشان داده می شود مواجه می شوید قبل از ثبت همه آنها بعنوان داروی مصرفی، از اینکه آنها را **استفاده می کند یا نه مطمئن** شوید.
- چنانچه داروی مصرفی از نوع **ساختنی** است به **ترکیب** آن که معمولا روی ظرف دارو نوشته می شود اشاره کنید.
- چنانچه بیمار از **بی تاثیر بودن داروی مصرفی** یا بوجود آمدن
- **عوارض** بدون سابقه دارو شکایت دارد به **تاریخ انقضاء دارو توجه** نمایید.

تاریخچه داروی مصرفی

# انواع ضایعه:

- در این قسمت به نوع ضایعه ناشی از حوادث (تصادف و غیر تصادف) پرداخته می شود.
- از نظر قانون و خصوصا پزشکی قانونی شرح صحیح و دقیق نوع ضایعه یا ضایعات و آسیب مصدوم از اهمیت خاصی برخوردار است و باعث کاهش خطای تصمیم گیرندگان می گردد.
- توصیه پزشکی قانونی برای پر کردن این قسمت از فرم این است که نوع آسیب با توجه به تعریف پزشکی هر آیتم مشخص گردد.
- یعنی اینکه مثلا ضایعه بریدگی با پارگی تفاوت دارد و نباید اصطلاحات مشابه به جای همدیگر استفاده شود.

		انواع ضایعه				
 <p>روی شکل آدمک شماره آسیب مشخص گردد</p>	<input type="checkbox"/>	(۱) پاره شدگی	<input type="checkbox"/>	(۷) شکستگی:	(۱) تغییر شکل	
	<input type="checkbox"/>	(۱۲) قطع عضو	<input type="checkbox"/> بسته	<input type="checkbox"/> باز	(۲) خراشیدگی	
	<input type="checkbox"/>	(۱۳) سوختگی	<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> دارد	<input type="checkbox"/>	(۳) تندرئس
	<input type="checkbox"/>	(۱۴) خونریزی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(۸) کوفتگی	(۴) له شدگی
	<input type="checkbox"/>	(۱۵) ضایعه حسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(۹) سوراخ شدگی	(۵) تورم
	<input type="checkbox"/>	(۱۶) ضایعه حرکتی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(۱۰) بریدگی	(۶) در رفتگی

## تعریف هر کدام از این ضایعات



**بریدگی Cuts**: زخمی است که ناشی از بریده شدن پوست می باشد. بریدگیها معمولاً

زخمهای مسطحی هستند که حاشیه های مشخصی دارند و به وسیله جسم برنده و تیز ایجاد میشوند.

**پارگی Laceration**: پارگی را میتوان به صورت زخمی با لبه ای ناهموار ناشی از پاره شدن پوست تعریف نمود. پارگیها معمولاً به وسیله نیرو یا جسم غیر نوک تیز ایجاد می شوند .



همراه با زخم، کبود شدگی نیز وجود دارد.

**ساییدگی Abrasion**: ساییدگی ها صدماتی هستند که از سایش پوست به یک سطح زبر و خشن نظیر آسفالت به وجود میآیند. ساییدگی به طور معمول آسیبی سطحی است که خود به خود برطرف میشود و اسکاری از خود باقی نمیگذارد ولی در موارد شدید نیاز به درمان دارد.



**خراشیدگی**: سطحی ترین نوع ساییدگی، معمولاً بشکل خطی و خونریزی ندارد.

**کوفتگی Contusion**: کوفتگی آسیبی است که پوست را از بین نمی برد و تنها کبودی

ایجاد می کند و در اثر پاره شدن عروق زیر جلدی ناشی از ضربه یا فشار ایجاد میشود.

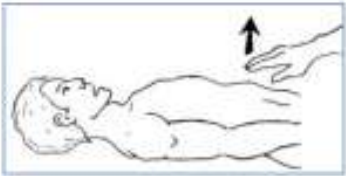


## تندرنس Tenderness:

حساسیت، درد هنگام لمس معمولاً در معاینه مصدوم ترومایی با لمس و فشردن قسمت‌های آسیب دیده ممکن است بیمار اظهار درد و ناراحتی نماید. معمولاً در شکستگی بسته و یا خونریزی داخلی در معاینه اندام، تندرنس تنها علامت آشکار می باشد.

در بیمار غیر پاسخگو تندرنس بصورت تغییر چهره و در هم کشیدگی صورت دیده می شود.

**ریباند تندرنس:** در معاینه شکم در تست آپاندیسیت بطوریکه با فشار روی شکم بیمار دردی ندارد ولی به محض برداشتن فشار دست از روی شکم حالت حساسیت و درد ایجاد می شود.



## دفورمیتی Deformity:

تغییر شکل یا تغییر اندازه یا بد شکلی (به هم خوردن شکل اندام)



## له شدگی Crush:

ضایعه ناشی از گیر افتادن تمام یا قسمتی از بدن بین دو جسم سخت به گونه ای که معمولاً با آسیب شدید و متلاشی شدن بافتها همراه می باشد.

## تورم Swelling:

برجسته شدن **قسمتی از بدن** در اثر تجمع مایع یا گاز در آن محل. تفاوت آن با ادم در این است که در ادم کل اندام **بدلیل اختلال سیستم گردش خون** دچار تجمع مایع در فضای بین سلولی می شود ولی در تورم در اثر تروما یا واکنش التهابی در ناحیه مشخصی از اندام برجستگی موضعی دیده می شود.

در واقع تورم موضعی و ادم منتشر می باشد.

## سوراخ شدگی Puncture:

گلوله یا نیدل.

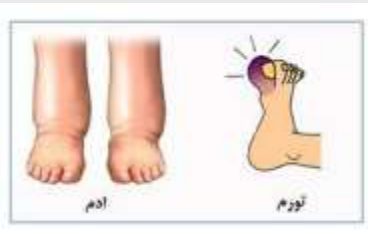
در ثبت موارد سوراخ شدگی به نوع **عامل سوراخ کننده** و اینکه از **محل خارج شده** یا **در بافت باقی مانده** است اشاره کنید.



## خونریزی Hemorrhage:

نوع خونریزی (**شریانی یا وریدی**) و اینکه خونریزی در حال **حاضر کنترل شده** یا **فعال** است اشاره کنید.

در صورت بستن **گازو** یا شریان بند بر روی اندام به منظور کاهش خونریزی ، **حتما زمان بستن آن را یادداشت** کنید.



## ضایعه حسی و ضایعه حرکتی:

- برای ارزیابی این ضایعات به توانایی بیمار برای اطاعت از دستورات از قبیل **تکرار یک عبارت** یا **"انگشتان مرا فشار بده"** یا **انگشتان پایت را تکان بده** توجه کنید.
- قدرت در دست گرفتن را در اندام فوقانی توسط گرفتن و فشار دادن انگشتان شما توسط بیمار چک کنید.
- از بیمار بخواهید که پاهایش را برخلاف حرکت دستان شما به جلو هل بدهد و به سمت عقب بکشد تا تساوی قدرت اندام تحتانی مورد ارزیابی قرار گیرد.
- بطور مثال اگر دست راست بیمار را نیشگون می گیرید و او واکنش نشان نمی دهد ، نمی توانید ارزیابی کنید که او قادر به حس کردن درد یا حس نیست.
- شاید سمت راست او فلج باشد که در این صورت او شاید قادر به احساس درد هست اما قادر به حرکت دادن در واکنش به درد نیست.

## شکستگی: Fracture

- تغییر شکل استخوان بصورت جداشدگی یا ترک خوردن .
- تشخیص قطعی شکستگی در صحنه حادثه به راحتی امکان پذیر نیست ولی در صورت شنیدن صدای **کریپتوس** (صدای خش خش یا صدای ناشی از کشیده شدن قطعات استخوانی روی یکدیگر) در معاینه اندام، احتمال شکستگی بسیار زیاد خواهد بود.
- حتما در معاینه اندام ها با فشار دادن عضو و مشاهده مستقیم آن را بررسی کنید.
- چنانچه به شکستگی عضو اطمینان ندارید در کنار این قسمت در فرم ماموریت **کلمه "احتمالا"** را قید نماید و حتما از **وسایل ثابت سازی مناسب** برای ثابت کردن اندام استفاده کنید.
- بدلیل خطر پاره شدن عروق توسط سر استخوان ها و کاهش خورسانی به اندام حتما نبض دیستال) بطور مثال: نبض مچ دست در شکستگی ساعد یا بازو و نبض مچ پا در شکستگی ساق و ران ) را در اندام دچار شکستگی چک نموده و در فرم قید کنید.رنگ بافت و میزان دمای آن نیز می تواند به تشخیص مناسب بودن میزان گردش خون عضو کمک کند.

### نکته مهم:

- بدلیل خطر بالای **عفونت** در شکستگی باز (بیرون زدن سر استخوان شکسته از پوست) حتما از **پانسمان استریل** بر روی محل زخم استفاده کنید و **سپس اندام را در آتل** ثابت کنید .

## قطع عضو Amputation :

- جدا شدن کامل یا ناقص بخشی از اندامها از منطقه طبیعی بدن.
- **در ثبت** این مورد به توصیف آنچه از بدن جدا شده و انتقال صحیح آن در صورت امکان به همراه بیمار توجه نمایید.



- بطور مثال: آمپوتاسیون انگشتان اشاره و وسطی دست راست از بند اول.
- انتقال صحیح عضو قطع شده کمک بسیار به بیمار است و باید در سریعترین و کوتاهترین زمان ممکن انجام شود.

### نکته مهم:

ممکن است در بسیاری از موارد ، عضو قطع شده امکان پیوند نداشته باشد (بدلیل له شدگی، قطع شدگی چند تکه، گرفتگی عروق ، سن بالای ۷۰ سال) ولی شما در انتقال آن به همراه بیمار شک نکنید و حتما با روش صحیح عضو را انتقال دهید.

چنانچه قسمت جدا شده از بدن مصدوم در صحنه حادثه پیدا نشد یا بدلیل متلاشی شدن قابل انتقال نبود، موارد را در فرم مأموریت خود ثبت نمایید.

(در صورت امکان برای مستند سازی بهتر در این مورد از صحنه حادثه و وضعیت مصدوم عکس بگیرید).

## نحوه صحیح انتقال عضو آمپوته:

- ابتدا عضو را با آب معمولی یا سرم رینگر لاکتات (در صورت امکان) خوب بشوید سپس گاز استریل را با سرم نمکی خیس و مرطوب کنید و عضو قطع شده را در داخل گاز مرطوب شده پیچید و سپس عضو پیچیده در گاز مرطوب را داخل یک کیسه پلاستیکی یا دستکش گذاشته و هوای داخل آنرا خالی کرده و سر آنرا گره بزنید.
- اکنون این مجموعه را داخل یک کیسه یا ظرف حاوی آب و یخ منتقل کنید.

### روش صحیح انتقال عضو آمپوته



تستشو با سرم رینگر لاکتات



گذاشتن عضو داخل گاز مرطوب



گذاشتن عضو گاز پیچ شده داخل کیسه



گذاشتن داخل ظرف حاوی آب و یخ

## چند نکته مهم:

- هرگز عضو آمپوته را در زمان انتقال **مستقیماً داخل آب غوطه** ور نکنید.
- هرگز عضو **آمپوته را فریز** نکنید.
- هرگز به عضو **آمپوته مواد ضد عفونی** کننده نزنید.
- هر چه اندام **بزرگتر باشد** زودتر از بین می رود و امکان پیوندش را از دست می دهد.

# سوختگی: Burn

- صدمه به پوست و یا سایر نقاط بدن (مانند مخاط) در اثر گرمای شدید ، شعله، تماس با اجسام داغ، یا مواد شیمیایی.
- علت سوختگی را در قسمت علل حوادث مشخص نمایید.
- در این قسمت از فرم با دو آیتم **درصد سوختگی** و **درجه سوختگی** مواجه می شوید
- **درصد سوختگی** میزان مساحت درگیر از بدن را تعیین می کند
- **درجه سوختگی** به مشخصات سوختگی (عمق سوختگی) می پردازد.



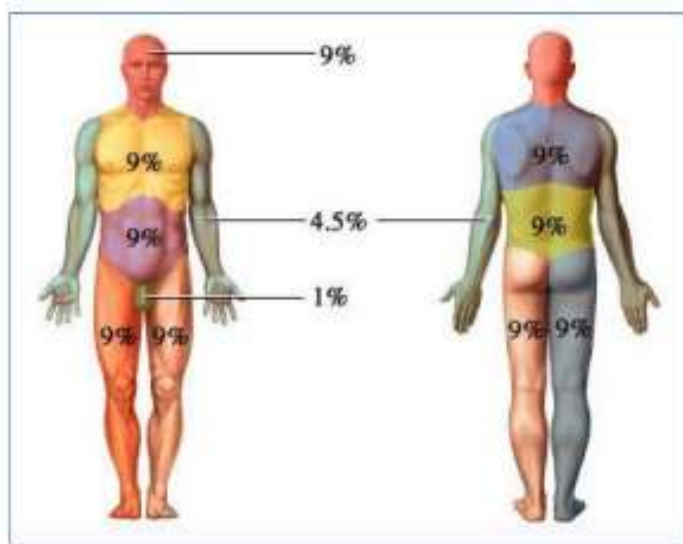
## ارزیابی درجه سوختگی: (عمق سوختگی)

سوختگی درجه سه	سوختگی درجه دو	سوختگی درجه یک
پوست با نمای چرمی به رنگ زغال	پوست سفید تا قرمز	پوست قرمز
پوست در لمس سخت	پوست مرطوب و لکه لکه	حساسیت پوست
خود زخم درد ندارد ولی اطراف زخم دردناک است	درد شدید	درد در محل سوختگی
	همراه با تاول	بدون تاول

## نحوه محاسبه درصد سوختگی:

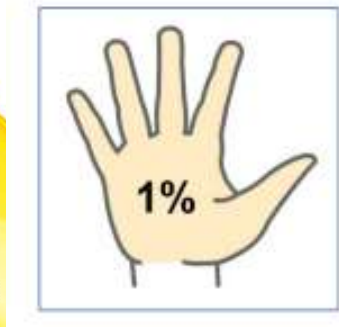
برای محاسبه درصد سوختگی از روشهای مختلفی **مانند قانون ۹** ها یا قانون کف دست استفاده می شود. قانون **کف دست** بیشتر برای سوختگی های کوچک و قانون ۹ ها برای سوختگی های وسیع استفاده می شود.

### • قانون ۹



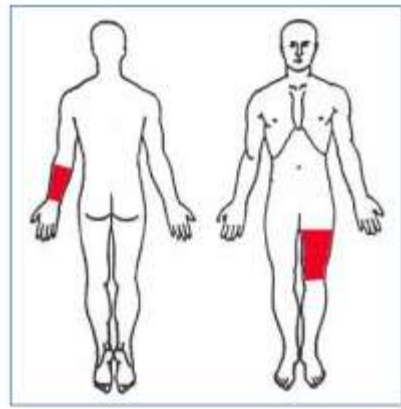
### قانون کف دست:

- در این قانون هر کف دست بیمار **یک درصد** از کل بدن وی محسوب می گردد.
- این قانون برای سوختگی های کوچک بیشتر کاربرد دارد.



## تعیین محل آسیب روی شکل آدمک

- در قسمت انواع ضایعات در فرم ثبت ماموریت **ضمن اشاره به نوع ضایعه** بایستی **محل** آن را نیز بر روی شکل آدمک تعیین کنید.
- این شکل در واقع **نمایشگر فوری از محل های آسیب دیده** در بدن مصدوم می باشد که با یک نگاه قسمتهای آسیب دیده بدن مصدوم مشخص شده و باعث جلب توجه پرسنل مرکز درمانی به آنها می شود **ضمن اینکه برخی از نقاط آسیب دیده ممکن است در زیر پانسمان یا آتل و لباس پنهان شده باشد.**
- با توجه به اینکه شکل آدمک دارای نمای **جلویی (Anterior)** و **پشتی (posterior)** به طور جداگانه می باشد لذا محل آسیب دیده را دقیقاً روی همان جایی که قرار دارد (رعایت نمای جلو یا پشت) تعیین کنید.
- **بهترین روش** تعیین محدوده آسیب دیده **رنگ کردن** آن قسمت روی بدن آدمک می باشد.
- مطمئن شوید که در **نسخه دوم** فرم ماموریت همان جایی رنگ می شود که در نسخه اول رنگ زده اید.
- **محدودیت** این شکل در نمایش نمای عرضی (latral) از بدن است.



# اقدامات درمانی

- در این قسمت بایستی **اقدامات انجام شده** برای بیمار یا مصدوم را علامت بزنید.
- بدلیل اینکه ممکن است قبل از رسیدن اورژانس بر بالین بیمار اقدامات درمانی توسط خانواده ، همراهان یا پرسنل مراکز درمانی برای بیمار انجام شده باشد، در این قسمت اقدامات در **دو ستون قبل و بعد از همدیگر جدا** شده است تا ضمن داشتن تمام اطلاعات در مورد اقدامات انجام شده برای بیمار از **تفکیک زمانی** هم برخوردار باشد.

اقدامات درمانی			
بعد	قبل	بعد	قبل
<input type="checkbox"/>	مانیتورینگ	<input type="checkbox"/>	ساکشن
<input type="checkbox"/>	شوک الکتریکی	<input type="checkbox"/>	CPR
<input type="checkbox"/>	رگ‌گیری	<input type="checkbox"/>	پانسمان و کنترل خونریزی
<input type="checkbox"/>	اکسیژن درمانی	<input type="checkbox"/>	لوله‌گذاری
<b>فیکس کردن</b>		<input type="checkbox"/>	ماساژ قفسه سینه
<input type="checkbox"/>	سر و گردن	<input type="checkbox"/>	حمایت تنفسی
<input type="checkbox"/>	اندامها		
<input type="checkbox"/>	ستون فقرات		

## نکات مهم در ثبت اقدامات برای بیمار:

- با توجه به وجود چارت علایم حیاتی و سطح هوشیاری نیازی به نوشتن کلمه کنترل V/S و کنترل GCS نمی باشد.
- در قسمت شوک الکتریکی، میزان تعداد شوک دادن و ژول اعمال شده را ثبت کنید.
- در قسمت فیکس کردن، به روش ثابت سازی یا وسیله بکار برده شده برای ثابت کردن بدن اشاره کنید. (بک بورد، اسکوپ، آتل چوبی، آتل بادی، آتل کششی، کلار گردنی)
- در مواردی که برای بیمار بیش از یک راه وریدی برقرار کرده اید مانند خونریزی شدید و افت فشار خون حتما به تعداد آن و رنگ یا شماره آنژوکت اشاره کنید.
- منظور از حمایت تنفسی در قسمت اقدامات، بازکردن و حفظ راه هوایی بیمار با استفاده از مانورهایی مانند سر عقب چانه بالا (Lift Chin Tilt Head) یا کشیدن فک به سمت بالا (thrust jaw) یا استفاده از ایروی و تهویه با آمبوبگ می باشد.

## دارو و سرم مصرفی :

این قسمت دارای ۴ ستون مجزا با عناوین **زمان**، **نام دارو**، **دوز** و **نحوه تجویز** دارو

سرم مصرفی برای بیمار می باشد. با توجه به محدودیت فضای ستون ها بهتر است برای ثبت از کلمات اختصار در نوشتن نوع دارو و نحوه تجویز آن استفاده کنید.

نوع دارو	کلمه اختصار	روش تجویز	کلمه اختصار
قرص	Tab	خوراکی	Po
امپول	Amp	زیر زبانی	SL
سرم	Serum	تزریق داخل عروق	IV

دارو و سرم مصرفی			
زمان	نام دارو	دوز	نحوه تجویز
۱۰:۲۰	ASA	۳۰۰	po
۱۰:۲۵	TNG	۱	SL

دارو و سرم مصرفی			
زمان	نام دارو	دوز	نحوه تجویز

مث

## مشاره پزشکی

- در کلیه ماموریت‌های اورژانس پس از حضور بر بالین بیمار و انجام ارزیابی اولیه، کنترل علایم حیاتی و گرفتن شرح حال، با پزشک یا کارشناسان اتاق دیسپچ تماس بگیرید و نتیجه این تماس را در قسمت دستورات ثبت نمایید.
- تماس نگرفتن با اتاق دیسپچ و خودداری از انجام مشاوره (علی رقم امکان دسترسی) به منزله پذیرش کلیه مسئولیت‌ها اعم از تشخیص، درمان و نتیجه ماموریت توسط تکنسین می باشد.
- مشاوره با اتاق فرمان ضمن کاهش بار مسئولیت تکنسین از خطای احتمالی در تصمیم‌گیری و اقدام وی می‌کاهد.

## نتیجه ماموریت:

انتقال یا اعزام به مرکز درمانی:

- در این قسمت بایستی به نام مرکز درمانی مورد نظر اشاره کنید.
- ممکن است بدلالی از جمله عدم پذیرش بیمار در مرکز درمانی مورد نظر ، بیمار توسط آمبولانس اورژانس به مرکز دیگری انتقال داده شود که باید نام هر دو مرکز درمانی در این قسمت ذکر شود و در قسمت توضیحات به ذکر علت آن پرداخته شود.
- البته تشخیص نهایی برای انتقال یا عدم انتقال بیمار بر عهده اتاق دیسپچ فوریت‌های پزشکی می باشد.

نتیجه ماموریت	
<input type="checkbox"/>	۱- انتقال یا اعزام به مرکز درمانی
<input type="checkbox"/>	۲- اقدامات اولیه و توصیه مراجعه به مرکز درمانی
<input type="checkbox"/>	۳- مأموریت کاذب/مأموریت اشتباه
<input type="checkbox"/>	۴- عدم حضور بیمار
<input type="checkbox"/>	۵- عدم همکاری و اخذ امضا
<input type="checkbox"/>	۶- لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل
<input type="checkbox"/>	۷- تحویل به آمبولانس دیگر
<input type="checkbox"/>	۸- فوت قبل از رسیدن تکنسین
<input type="checkbox"/>	۹- فوت در حضور تکنسین
<input type="checkbox"/>	۱۰- استقرار

- اولویت در انتخاب مقصد، نزدیکترین مرکز درمانی می باشد که امکان خدمت رسانی به بیمار یا مصدوم فعلی را دارد.
- در مواردی که بیمار دچار ایست قلبی تنفسی شده است نزدیکترین مرکز درمانی برای انتقال و ادامه درمان وی توصیه می گردد.
- در صورت نیاز به خروج از شهرستان و انتقال بیمار به مرکز درمانی در شهر دیگر از امکان پذیرش بیمار توسط مرکز درمانی مورد نظر (تماس اتاق دیسپچ شهرستان با مرکز فرماندهی اورژانس استان) مطمئن شوید.

## اقدامات اولیه و توصیه به مراجعه به مرکز درمانی:

- درموردی که تشخیص بیمار جزء موارد فوریت‌های پزشکی نمی باشد با دستور اتاق دیسپچ ، بیمار یا همراهان وی را برای ادامه بررسی و درمان به مراجعه به مراکز درمانی راهنمایی کنید و محل را ترک نمایید.
- در ثبت این مورد **ضمن تیک زدن این قسمت به راهنمایی انجام شده به بیمار و همراهان** اشاره کنید.

### بطور مثال:

- ورزشکاری که در حین مسابقات ورزشی در اثر ضربه توپ دچار تروما به یکی از انگشتان دست خود شده است نیاز به مراجعه به مرکز درمانی دارد ولی جزء موارد اورژانس و انتقال با آمبولانس محسوب نمی شود لذا برای مراجعه به مرکز **درمانی راهنمایی** می شود.
- با این حال انجام اقدامات اولیه برای وی شامل: **کنترل علایم حیاتی و ثابت سازی انگشت** آسیب دیده ضروری می باشد.

## ماموریت کاذب / ماموریت اشتباه

ماموریت کاذب بیشتر برای موارد بازدید کارشناسان و مسئولین از اورژانس مصداق دارد که سرعت عمل نیروهای امدادی در حرکت از پایگاه و رسیدن به محل حادثه را می سنجند.

موارد ماموریت اشتباه شامل اعزام اشتباه واحد امدادی می باشد که آنهم از طرف اتاق دیسپچ به عنوان لغو ماموریت اعلام می گردد.

باید توجه داشت نیروهای عملیاتی حق اعتراض نسبت به اعزام توسط اتاق فرمان را ندارند و می توانند در صورت داشتن اعتراض یا شکایت نسبت به تصمیم مسئولین اتاق دیسپچ ، پس از اتمام ماموریت مراتب را بصورت کتبی به مسئولین اورژانس اعلام نمایند.

تعریف موارد فوریت‌های پزشکی بر اساس قانون:

- مواردی که در صورت عدم ارائه به موقع اقدامات امدادی- درمانی ، منجر به صدمات عضوی و یا جانی و نیز مشکلات روانی بیمار گردد .

## عدم حضور بیمار

- شامل مواردی می شود که بیمار یا بیماران محل حادثه را به هر دلیلی (تاخیر واحد امدادی ، بر طرف شدن مشکل فوریت‌های پزشکی یا ....) ترک نموده اند .
- در اصطلاح مکالمات بی سیم ۳۲ - ۱۰ گفته می شود.

## عدم همکاری و اخذ امضاء

- در واقع شامل تمام مواردی است که بیمار یا همراهان بصورت **آگاهانه** و با **اختیار** از ادامه درمان یا انتقال بیمار به مرکز درمانی خودداری می کنند.
- براءت نامه

### براءت نامه

اینجانب آقای/خانم ..... بیمار ولی بیمار - سرپرست قانونی یا میل شخصی و بر خلاف سلاجدید پرسنل اورژانس و با وجود توضیح خطرات احتمالی حاضر به پذیرش انجام اقدامات تشخیصی، درمانی و انتقال به مراکز درمانی و بیمارستان نمی باشم و اعلام می دارم که هیچ یک از مسوولین ذیربط اورژانس مسوول عوارض و خطراتی که از عدم انجام اقدامات تشخیصی درمانی و انتقال به مراکز درمانی ناشی شود نخواهند بود و این اشخاص را از عوارض احتمالی بری الذمه نموده و هیچگونه ادعایی امم از کفبری یا حقوقی علیه نامبردگان نخواهم داشت .

علت عدم پذیرش

نام و نام خانوادگی شاهد:

نام و نام خانوادگی تکنسین ارشد

محل امضاء و اثر انگشت

امضاء و اثر انگشت شاهد

مهر و امضاء تکنسین ارشد

نام مرکز درمانی:	توضیحات و ملاحظات ماموریت	اقلام مصرفی
تاریخ / ساعت تحویل به مرکز درمانی :		
مهر و امضاء پزشک تحویل گیرنده :		

## لغو از طرف مرکز هدایت و کنترل

- یک ماموریت اورژانس ممکن است به دلایل زیادی توسط مرکز هدایت و کنترل (اتاق فرمان) لغو گردد.
- در صورت اعلام **علت لغو ماموریت** توسط مرکز هدایت بهتر است علت در فرم ثبت گردد.

برخی از این دلایل عمده برای لغو ماموریت عبارتند از:

1. بهبودی وضعیت بیمار
2. انتقال بیمار با وسیله شخصی
3. اعزام یک واحد امدادی دیگر به صحنه حادثه
4. اعزام به ماموریت دیگر

## تحويل به آمبولانس ديگر

- به دلایلی از جمله **نقص فنی آمبولانس** ممکن است بیمار یا مصدوم در مسیر انتقال به مرکز درمانی به آمبولانس دیگری سپرده شود.
- **تکنسین تحويل** دهنده بایستی گزارش صحیح و دقیقی از وضعیت فعلی بیمار یا مصدوم به همکار خود ارائه دهد.
- در این گزارش شفاهی بایستی به **شکایت اصلی** ، **تشخیص اولیه بیماری و اقدامات درمانی انجام شده** (خصوصاً داروهای تجویز شده) برای بیمار اشاره شود.
- پس از تحويل کامل بیمار به همکار خود از **وی بخواهید تا فرم ماموریت شما را به عنوان تحويل گیرنده بیمار مهر و امضا نماید.**

**حوادث ویژه** یکی دیگر از مصادیق تحویل بیمار به آمبولانس دیگر می باشد.

در حوادث ویژه ( با چندین مصدوم) **تکنسین ارشد اولین واحد امدادی** اورژانس، نقش **افسر تریاژ** را در صحنه حادثه دارد و بایستی ضمن اطلاع رسانی صحیح و دقیق وضعیت موجود صحنه حادثه به اتاق فرمان به اولویت بندی بیماران و انجام اقدامات اولیه برای آنها تا رسیدن واحد امدادی بعدی پردازد و تا انتقال آخرین مصدوم صحنه حادثه را ترک نکند.

## فوت قبل از رسیدن تکنسین:

- در مواردی که در زمان حضور پرسنل اورژانس بر بالین بیمار فاقد علائم حیاتی بوده و یا در صورت انجام عملیات احیای قلبی ریوی برای وی ، احیا ناموفق باشد ، فوت قبل از رسیدن تکنسین اعلام می گردد.

- در موارد زیر اندیکاسیون (مورد) احیای قلبی ریوی وجود ندارد و از نظر پزشکی قانونی نیازی به احیای قلبی ریوی بیمار نمی باشد:

1. جدا شدن سر از بدن

2. متلاشی شدن بدن

۳- جمود نعشی (سفت شدن عضلات) معمولاً پس از ۴ ساعت از شروع فرآیند مرگ سفتی عضلات دیده می شود. در فرآیند جمود نعشی عضلات شروع به سفت شدن می کنند و این سفتی تا ۲۴ ساعت آینده نیز ادامه خواهد یافت و پس از آن چرخه معکوس شده و بدن شل می شود.



۴- کبودی وابسته به جاذبه : در اثر ایست قلبی و رکود خون در رگها، جاذبه زمین خون را به سمت سطحی که به زمین نزدیکتر است هدایت می کند و با توجه به قرار گیری بدن، در قسمتی که خون بدن جمع شده، رنگ پوست تیره، ارغوانی و سیاه رنگ می شود. این علامت معمولاً ۳۰ دقیقه پس از مرگ دیده می شود.

### Livor Mortis



کبودی وابسته به جاذبه



کبودی وابسته به جاذبه

- در همه مواردی که بیمار شرایط عدم احیا را ندارد حتما بایستی برای وی عملیات احیای قلبی ریوی شروع شود.

- چنانچه در مورد خاصی برای انجام یا عدم انجام احیا شک دارید حتما با اتاق فرمان تماس گرفته و کسب تکلیف نمایید.

- در مواردی که بیمار اندیکاسیون احیاء قلبی ریوی دارد ولی خانواده وی به دلایل مختلفی از جمله کهولت سن بیمار، نوع بیماری و سوابق درمانی وی از انجام عملیات احیا ممانعت نموده و در این زمینه همکاری نمی کنند موارد را در اسرع وقت به اطلاع اتاق فرمان رسانده و کسب تکلیف نمایید.

- در این موارد هر گونه حرکت یا صحبت مشکوک اطرافیان بیمار را به اتاق فرمان اطلاع داده و در صورت نیاز حضور نیروهای پلیس را درخواست نمایید.

- لازم بذکر است طبق تاکید منابع علمی در مواردی که علت ایست قلبی تنفسی، غرق شدگی باشد انجام احیای قلبی ریوی حتی پس از ۴۰ دقیقه از زمان غرق شدگی با احتمال برگشت وی به زندگی همراه می باشد.

- یکی از نکات مهم در ثبت عملیات احیای قلبی ریوی درج زمان شروع و پایان عملیات در فرم ماموریت می باشد.

## در صورت تایید فوت بیمار یا مصدوم قبل از ترک محل اقدامات ذیل را انجام دهید:

- طی تماس با اتاق دیسپچ اقدامات انجام شده برای بیمار را توضیح دهید و برای ادامه حضور یا ترک صحنه کسب تکلیف نمایید.
- در انتهای عملیات احیاء وسایلی از قبیل **لوله تراشه** ، **برانول** و **چست لید ها** را از بدن بیمار جدا کنید و در سطل های آمبولانس بیندازید.
- **حتما بدن وی را بپوشانید** خصوصا اگر محل فوت در مکانهای عمومی مانند خیابان بوده و بدن وی در معرض دید دیگران قرار دارد.
- بهترین وسیله برای پوشش بدن فوتی خصوصا در حوادث جاده ای **ملحفه فوتی با آرم اورژانس** می باشد که ضمن پوشاندن بدن وی، دیگران را از حضور اورژانس ۱۱۵ در محل مطلع ساخته و از **تماس های بی مورد** با اتاق فرمان می کاهد.
- اطرافیان و افراد حاضر در صحنه را برای ادامه کار (**فرآیند صدور جواز فوت و انتقال جسد**) **راهنمایی** کنید.

## فوت در حضور تکنسین

- گاهی از موارد در زمان **حضور پرسنل** فوریت‌های پزشکی، بیمار دچار ایست قلبی یا تنفسی شده و شرایط احیا را پیدا می‌کند.
- چنانچه عملیات احیای قلبی ریوی را برای بیمار آغاز کنید و این احیا **موفقیت آمیز نباشد**، فوت در حضور تکنسین اعلام می‌شود.
- اکثرا این حالت حین انتقال بیمار یا مصدوم بد حال به مرکز درمانی اتفاق می‌افتد که نیاز است عملیات احیای قلبی ریوی تا رسیدن به مرکز درمانی ادامه یابد و متوقف نشود.
- در صورت فوت بیمار یا مصدوم **در صحنه حادثه** انتقال جسد بوسیله **خودروی حمل متوفیات شهرداری یا دیگر نیروهای امدادی** انجام می‌شود .
- در صورت نامساعد بودن شرایط صحنه حادثه و اجبار همراهان ، جسد را با هماهنگی اتاق دیسپچ به مرکز درمانی انتقال دهید.

- توجه داشته باشید که بیماران در **حال احتضار** (مانند بیمار بسیار بد حال و Stage Endسرطانی) حق دارند از **کلیه خدمات درمانی** تا زمان مرگ استفاده کنند و هرگونه قصور در این زمینه قابل بررسی و پیگیری می باشد.

- توجه داشته باشید که **آخرین حسی** که در انسان از بین می رود **حس شنوایی** است پس در زمان حضور بر بالین دچار کاهش هوشیاری یا **کما مراقب صحبت‌های خود** باشید و از گفتن کلمات ناامید کننده بپرهیزید.

### **تذکر مهم :**

- هرگز وسایل تیز و برنده مانند لانست (تست قند) و گاید برانول را برای دور انداختن به همراهان بیمار نسپارید.

- ضمناً این وسایل را در صحنه حادثه در کنار بیمار رها نکنید.

- یکی از **وظایف پرسنل فوریت‌های پزشکی دفع صحیح و اصولی وسایل آلوده به خون و ترشحات بدن بیمار** است.

## استقرار

- با توجه به اینکه علت استقرار واحد امدادی اورژانس در یک مکان، افزایش دسترسی جمعیت در معرض خطر به خدمات فوریت‌های پزشکی می باشد.
- بهتر است در محل استقرار مکانی را انتخاب کنید که هم در معرض دید همگان باشد و هم از نظر عبور و مرور و ترک محل دچار مشکل نشوید.
- هر گونه محدودیت یا اختلال احتمالی را به اطلاع اتاق دیسپچ برسانید.
- برای کلیه خدمات انجام شده در زمان استقراری از جمله معاینه و درمان سرپایی و یا اعزام به مرکز درمانی فرم ماموریت جداگانه پر کنید.

## برائت نامه:

- **بیماران بالغ دارای صلاحیت**، حق دارند که درمان و انتقال به مرکز درمانی را قبول نکنند.
- اگر با چنین شرایطی مواجه شدید ، باید فوراً قبل از آنکه محل را ترک کنید موارد را به اطلاع اتاق دیسیپلین رسانده و در مورد **ادامه فعالیت خود کسب اجازه** نمایید.
- البته بهترین کار این است که بیمار و اطرافیان را در مورد **بیماری و وضعیت فعلی وی مطلع نموده و عواقب عدم درمان و پیگیری** را به آنها گوشزد نمایید.
- همچنین **اطمینان پیدا کنید** که بیمار **تصمیمی آگاهانه و عقلانی** گرفته است و تحت **تأثیر الکل یا مواد مخدر و یا بیماری و جراحی** نیست.
- برای بیمار توضیح دهید چرا مهم است توسط پزشک بیمارستان مورد معاینه قرار گیرد و برای وی عواقب نرفتن به بیمارستان را توضیح دهید.

## برائت نامه

اینجانب آقای/خانم ..... بیمار ولی بیمار - سرپرست قانونی با میل شخصی و بر خلاف صلاحدید پرسنل اورژانس و با وجود توضیح خطرات احتمالی حاضر به پذیرش انجام اقدامات تشخیصی، درمانی و انتقال به مراکز درمانی و بیمارستان نمی باشم و اعلام می دارم که هیچ یک از مسوولین ذیربط اورژانس مسوول عوارض و خطراتی که از عدم انجام اقدامات تشخیصی درمانی و انتقال به مراکز درمانی ناشی شود نخواهند بود و این اشخاص را از عوارض احتمالی بری الذمه نموده و هیچگونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی علیه نامبردگان نخواهم داشت .

علت عدم پذیرش

نام و نام خانوادگی شاهد

نام و نام خانوادگی تکنسین ارشد

محل امضاء و اثر انگشت

امضاء و اثر انگشت شاهد

مهر و امضاء تکنسین ارشد

اقلام مصرفی	توضیحات و ملاحظات ماموریت	نام مرکز درمانی:
		تاریخ / ساعت تحویل به مرکز درمانی:
		مهر و امضاء پزشک تحویل گیرنده:

- اگر بیمار هنوز از پذیرش درمان یا انتقال امتناع می کند، **پیشنهادات دیگری برای دریافت درمان مناسب** به او بدهید.
- اما اگر باز هم قبول نکرد کلیه **یافته های ارزیابی خود و مراقبت های ارائه شده را ثبت** کنید.
- سپس فرم عدم رضایت را برای امضاء و اثر انگشت به بیمار بدهید.
- برای ثبت هر چه دقیق تر این موضوع و راهنمایی بیشتر بیمار و همراهان بهتر است قبل از امضاء برائت نامه در صورت امکان بیمار یا همراهان طی تماس تلفنی با اتاق دیسیپلین عدم رضایت خود را **بصورت شفاهی** اعلام کنند.

## نکته مهم در خصوص برائت نامه :

- در توضیحاتی که برای بیمار می دهید از واژه های علمی و فنی استفاده نکنید و به **سوالات وی پاسخ روشنی** بدهید.
- بهتر است از اعضای **خانواده، پلیس یا شاهدان صحنه** بعنوان شاهدی بر این عدم رضایت امضا و اثر انگشت بگیرید.
- در کنار امضاء **شاهدین نام و نام خانوادگی و نسبت آنها با بیمار** (در صورت امکان یک **شماره تماس**) باید نوشته شود.
- در صورتیکه بیمار یا همراهان از امضا فرم خودداری کنند مراتب را به اطلاع اتاق دیسپچ رسانده و پس از کسب دستورات لازم محل را ترک کنید.
- بهتر است در قسمت دستورات پزشک (۵۰- ۱۰) توصیه های پزشک یا کارشناس اتاق دیسپچ را درج کنید.
- -بهتر است امضاء و اثر انگشت روی همدیگر نباشد  
باعث مخدوش شدن آنها نگردد.



## قبل از ترک صحنه حادثه اعمال زیر را انجام دهید:

- مجددا سعی کنید بیمار را به قبول درمان یا انتقال به بیمارستان مجاب کنید.
- دلیل اهمیت درمان یا انتقال به بیمارستان را برای بیمار تشریح کنید.
- عواقب احتمالی رد کردن درمان توسط بیمار را کاملا برای وی روشن کنید.
- گزارشی از تلاش خود برای ترغیب بیمار یا مصدوم تهیه کرده و از او بخواهید که آنرا با صدای بلند بخواند.
- مطمئن شوید که بیمار قادر است که تصمیم آگاه و منطقی بگیرد.

- مطمئن شوید که بیمار ذی صلاح است و قصد خودکشی ندارد و تحت تاثیر مواد مخدر یا الکل نمی باشد.
- چنانچه بیمار باز هم امتناع ورزید از او بخواهید فرم مربوط به امتناع از درمان را امضاء کند .
- اگر خود بیمار فرم را امضاء نکرد سعی کنید از اشخاص حاضر در صحنه در مورد اینکه فرم را امضا نکرده گواهی و امضاء بگیرید.
- قبل از ترک صحنه به بیمار بگویید در صورت بروز علایم خاص تقاضای کمک کند.
- از استفاده از از الفاظ تخصصی که برای بیمار مفهوم نیست خودداری کنید.

## نکته:

- رها کردن بیماری که اجازه درمان یا انتقال نمی دهد از علل شایع شکایت از تکنسین فوریتهاست.
- از تلاش ها، اقدامات اولیه و درمانی و صحبت هایی که به بیمار در جهت انتقال و عوارض احتمالی عدم درمان داده اید ، گزارش تهیه کنید.
- در بیشتر موارد ، قانون به همسر، وابستگان ، نزدیکان یا خویشاوندان درجه یک بیمار اجازه می دهد که به جای شخصی که قادر به دادن رضایت نیست رضایت بدهند.

## رضایت از افراد صغیر:

- به علت این که افراد صغیر ممکن است **بلوغ یا قوه تشخیص** را برای دادن رضایت معتبر نداشته باشند، قانون **یکی از والدین یا قیم قانونی** او را ملزم به دادن رضایت نسبت به درمان یا انتقال می کند.
- با این حال اگر مشکل اورژانسی واقعی وجود داشته باشد و قیم قانونی یا والدین در دسترس نباشند، باید رضایت فرد صغیر را برای درمان، درست مانند بزرگسال جلب کنید.
- هرگز نباید در شرایطی که جان بیمار در خطر است از انجام مراقبت لازم دریغ کنید.

### نکته:

افرادی که **بیماری ذهنی روحی** دارند یا **تحت تاثیر الکل یا مواد مخدر** قرار دارند یا **عقب ماندگان ذهنی** از نظر قانونی شرایط **شبيه به افراد صغیر** را دارند.

## توضیحات فرم ماموریت:

در این قسمت می توان **موارد پیش بینی نشده** در فرم را که نیاز به ثبت دارد ، یادداشت کرد.  
چندین نمونه از این موارد شامل:

- **ترافیک مسیر** رفتن به سمت محل حادثه یا رفتن به سمت مرکز درمانی
- **اموال بیمار** که در صحنه حادثه توسط وی به شما سپرده شده یا توسط شما بدلیل خطر مفقود شدن یا تخریب جمع آوری شده (حتما در بیمارستان تحویل مسئولین شده و **صور تجلسه** شود) .
- موارد قابل ملاحظه در ارزیابی صحنه حادثه مثل **وجود مواد مخدر یا الکل در کنار بیمار** یا مشاهده وسایل استفاده از مواد مخدر
- **خرابی IV بیمار** یا **چند بار تلاش برای رگ گیری**
- نحوه **تجویز اکسیژن** بطور مثال: ماسک، نازال، آمبوبگ، ونتیلاتور

## تحويل بیمار به مرکز درمانی:

- اولین مرحله در تحويل بیمار به مرکز درمانی مراجعه به **واحد تریاژ** (در صورتیکه داشته باشند) و **تعیین وضعیت بیمار از نظر تریاژ بیمارستانی** می باشد.
- در این مرحله بایستی **شرح حال بیمار** به اختصار شامل: **مشکل اصلی** و **اقدامات انجام شده** برای وی بصورت **شفاهی به پرستار تریاژ** ارائه گردد. تریاژ بیمارستانی بیشتر بر اساس روش ESI عمل کرده و بیماران را به ۵ سطح دسته بندی می کند.
- بیماران سطح یک به اتاق احیاء و بیماران سطح ۲ و ۳ به بخش **Acute** هدایت می شوند.
- بیماران سطح ۴ به بخش **Acute Sub** و بیماران سطح ۵ که در واقع مشکل سرپایی دارند به **track fast** یا درمانگاه هدایت می شوند .
- چنانچه بیمار بسیار بد حال است در بدو ورود به بخش اورژانس **پرسنل و پزشک را از وضعیت بیمار مطلع سازید.**

نام مرکز درمانی:
تاریخ / ساعت تحويل به مرکز درمانی:
مهر و امضاء پزشک تحويل گیرنده:

نکته:

در صورت نیاز به انجام عملیات احیای قلبی ریوی در مرکز درمانی ،  
اتاق دیسیج را برای انجام هماهنگی لازم مطلع سازید.

- **پزشک اورژانس مسئول اصلی** پذیرش بیمار از پرسنل اورژانس ۱۱۵ و مهر و امضا نمودن فرم آنها می باشد.
- چنانچه پزشک اورژانس به هر دلیلی در دسترس نباشد می توانید بیمار را به مسئول بخش اورژانس (**سوپروایزر اورژانس**) تحویل دهید.
- چنانچه پزشک اورژانس از پذیرش بیمار امتناع کند ابتدا با اتاق دیسیپلین اورژانس تماس گرفته و مراتب را جهت پیگیری اطلاع دهید.
- در صورتیکه اتاق فرمان دستور انتقال مجدد بیمار به مرکز درمانی دیگری را صادر نماید بهتر است پزشک اورژانس علت عدم پذیرش بیمار ( نداشتن پزشک متخصص ، امکانات لازم و...) را در این قسمت توضیح داده و مهر و امضاء نماید.

## نکته مهم :

تا تحویل کامل بیمار به پزشک و انتقال وی بر روی تخت مرکز درمانی مسئولیت بیمار بر عهده پرسنل اورژانس بوده و باید مراقب **خطر سقوط** بیمار از برانکارد بود.

- پس از تحویل بیمار به پزشک اورژانس و مهر و امضاء نمودن فرم توسط **پزشک** ، قسمت مربوط به **تکنسین** را مهر و امضاء نموده و **نسخه دوم فرم ماموریت** را به **بخش اورژانس** تحویل دهید.

## منابع :

- -کتاب اورژانس های طبی پیش بیمارستانی جلد ۱، گروه مترجم وزارت بهداشت، سال ۱۳۸۶
- -کتاب اورژانس های طبی پیش بیمارستانی پایه، گروه مترجمین وزارت بهداشت، ۱۳۸۴، سیمین دخت
- -پرتال جامع اطلاعات تخصصی صنعت حمل و نقل [www.iranway.com](http://www.iranway.com)
- -کتاب اخلاق و مقررات حرفه ای در فوریت‌های پزشکی، عزیز شهرکی واحد و همکاران، ۱۳۸۹، نشر جامعه نگر
- -دستورالعمل نظارتی اداره بازرسی و نظارت پیش بیمارستانی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان.
- دستورالعمل ثبت مراقبت در اورژانس ۱۱۵ . عباس عابدی – مسعود پیرحاجی
- Bledsoe et al., Essentials of Paramedic Care: Division II©2006 by Pearson Education, Inc. UpperSaddle River, NJ
- Five Good Reasons for Better EMS Documentation BY DOUGLAS M. WOLFBERG, ESQ., ANDSTEPHEN R. WIRTH, ESQ. ON NOV 1, 2005 ([www.emsworld.com](http://www.emsworld.com))
- [www.medical-dictionary.thefreedictionary.com](http://www.medical-dictionary.thefreedictionary.com)
- <http://www.denverhealth.org>
- <http://www.iupui.edu>
- <http://www.emsworld.com>
- <http://healthvermont.gov>