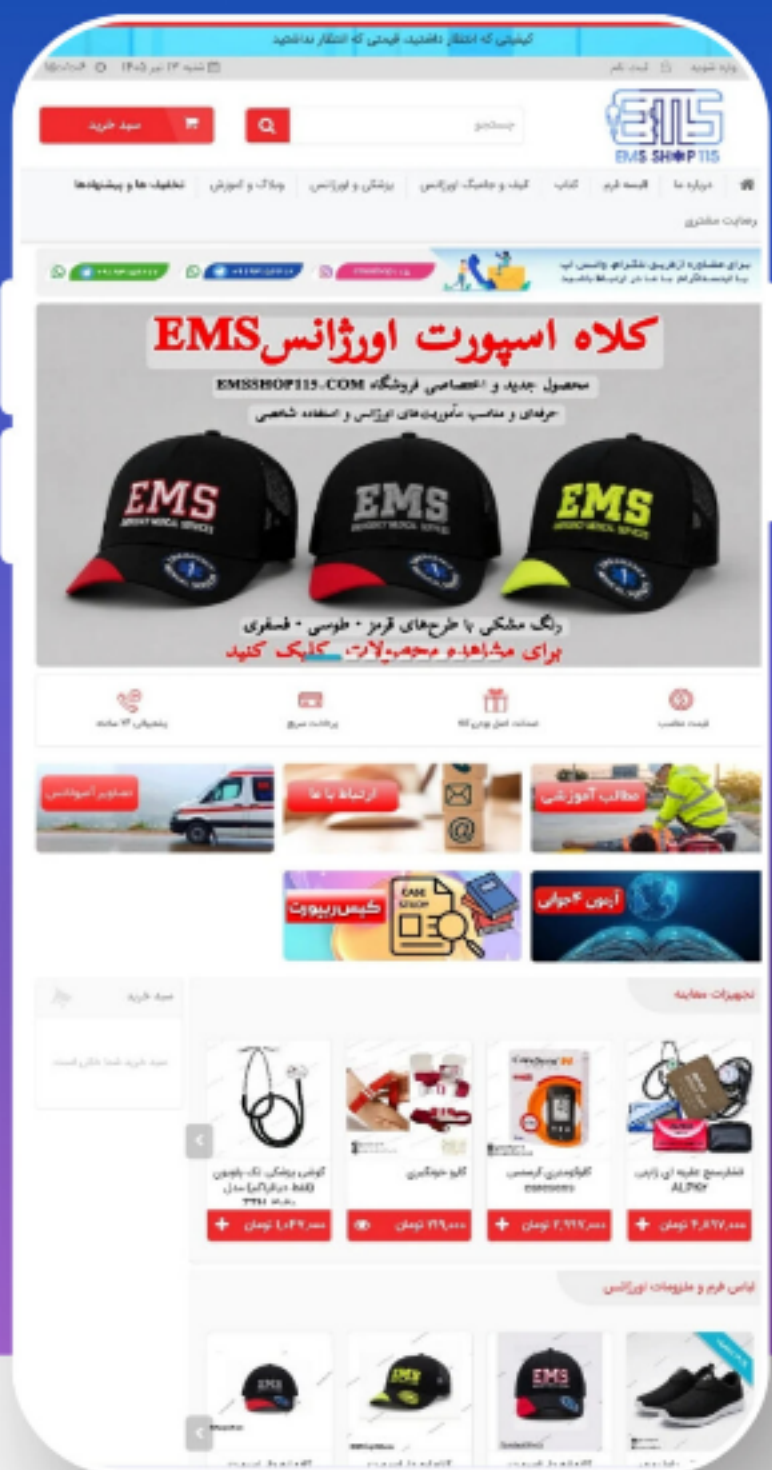




مشاهده روزانه
محصولات و
تخفیف ها
در اینستاگرام



EMSSHOP115



فروشگاه آنلاین
ملزومات و تجهیزات
پزشکی و اورژانس

خرید

آسان

سریع

مطمئن



EMSSHOP115.com

در کانال تلگرام، به ورویدک ببینید:



جزوات علمی
نکات آموزشی
فایل های استخدای
دفترچه های استخدای
فیلم های اورژانسی
منابع کارشناسی فوریت



راهنمای جامع گزارش نویسی

در مأموریت های اورژانس
پیش بیمارستانی

اصول، استانداردها، نمونه ها و نکات حقوقی



استاندارد



زمان بندی



نکات حقوقی



نمونه های واقعی



EMS REPORT

PATIENT INFORMATION

Name: _____

Age: _____ Gender: ☐ M ☐ F Date: _____

CHIEF COMPLAINT

VITAL SIGNS

Time: _____ HR: _____

BP: _____ SpO₂: _____

HR: _____ GCS: _____

ASSESSMENT

INTERVENTIONS

☐ _____

☐ _____

☐ _____

RESPONSE TO TREATMENT

SIGNATURE: _____ TIME: _____



تهیه کننده:
emsshop115

فهرست مطالب

ردیف	عنوان	صفحه
1.	مقدمه و اهمیت مستندسازی در اورژانس پیش بیمارستانی	3
2.	اهداف اصلی گزارش نویسی • تداوم درمان بیمار • حمایت حقوقی از پرسنل • کنترل کیفیت • ارزش آموزشی	4
3.	ویژگی های یک گزارش حرفه ای	4
4.	تفاوت واقعیت با قضاوت (نمونه ها)	5
5.	مهم ترین اشتباهات در گزارش نویسی	5
6.	اصول طلایی مستندسازی	5
7.	ساختار استاندارد گزارش (SOAP) S (اطلاعات ذهنی) • O (پافته های عینی) • A (ارزیابی بالینی) • P (اقدامات انجام شده)	6-8
8.	اطلاعات الزامی در تمام مأموریت ها • زمان ها • مشخصات بیمار • وضعیت اولیه • علائم حیاتی سریال • پاسخ بیمار به درمان	9-10
9.	اصول حقوقی گزارش نویسی • اصل اول: فقط واقعیت را بنویسید • اصل دوم: ترتیب زمانی را رعایت کنید • اصل سوم: تشخیص قطعی ننویسید • اصل چهارم: نقل قول مستقیم بیمار را ثبت کنید • اصل پنجم: علت انجام ندادن اقدامات را بنویسید • اصل ششم: اصلاح گزارش باید اصولی باشد • اصل هفتم: فضای خالی باقی نگذارید	11-14
10.	اشتباهات رایج که باعث شکایت می شوند	14
11.	گزارش نویسی در مأموریت های امتناع از درمان یا انتقال • نکات کلیدی و نمونه گزارش صحیح	14-18
12.	گزارش نویسی در درد قفسه سینه و سندرم حاد کرونری (ACS) • اطلاعات ضروری (شرح درد، علائم همراه، سوابق، داروها، علائم حیاتی، ECG، اقدامات)	18-23
13.	گزارش نویسی در سکته مغزی (Stroke) • اصل آخرین زمان طبیعی بودن (Last Known Well) • معاینه عصبی، FAST، قند خون، اقدامات	23-28
14.	گزارش نویسی در تروما و تصادفات • مکانیسم آسیب (MOI) • ارزیابی ABCDE و معاینه سر تا پا، • اقدامات درمانی	28-34
15.	گزارش نویسی در احیای قلبی ریوی (CPR) و مرگ در محل • ریتم اولیه، شوک ها، داروها، راه هوایی، ROSC، خاتمه احیا	35-40
16.	گزارش نویسی در اقدام به خودکشی، اختلالات روان پزشکی و رفتاری • ایمنی صحنه، وضعیت، نقل قول ها، ارزیابی خطر	40-45
17.	گزارش نویسی در مسمومیت، گازگرفتگی، برق گرفتگی، غرق شدگی و سوختگی • هر بخش با جزئیات اختصاصی	45-52
18.	نکات اختصاصی برای سایر مأموریت ها • زایمان و نوزاد، تشنج، تنگی نفس، دیابت، آنافیلاکسی، کودکان، سالمندان، حوادث با مصدومان متعدد، متعدد نقل بین بیمارستانی، فوت در منزل	52-55
19.	چک لیست طلایی گزارش نویسی (۱۰ سؤال)	55-56
20.	جمع بندی	56

مقدمه و اهمیت مستندسازی در اورژانس ۱۱۵

گزارش‌نویسی یکی از مهم‌ترین وظایف کارشناسان فوریت‌های پزشکی است. بسیاری از پرسنل تصور می‌کنند مأموریت زمانی پایان می‌یابد که بیمار به بیمارستان تحویل داده شود؛ در حالی که از دیدگاه حرفه‌ای و حقوقی، مأموریت تا زمان تکمیل صحیح مستندات ادامه دارد.

گزارش مأموریت تنها یک فرم اداری نیست، بلکه سندی پزشکی، قانونی، آموزشی و مدیریتی است که می‌تواند کیفیت خدمات ارائه‌شده را نشان دهد و در صورت بروز شکایت، از پرسنل اورژانس دفاع کند.

در اورژانس پیش‌بیمارستانی، تصمیمات درمانی اغلب در شرایط بحرانی، با زمان محدود و در محیط‌های غیرقابل پیش‌بینی اتخاذ می‌شوند. در چنین شرایطی، تنها مدرکی که بعدها نشان می‌دهد چه اتفاقی افتاده، وضعیت بیمار چگونه بوده و چه اقداماتی انجام شده است، گزارش مأموریت خواهد بود. به همین دلیل گفته می‌شود:

«کاری که ثبت نشده باشد، از نظر قانونی انجام نشده است.»

یک گزارش مناسب باید بتواند به سؤالات زیر پاسخ دهد:

- چه اتفاقی افتاده است؟
- وضعیت بیمار هنگام رسیدن تیم چگونه بوده است؟
- چه ارزیابی‌هایی انجام شده است؟
- چه درمان‌هایی ارائه شده است؟
- بیمار چه پاسخی به درمان داده است؟
- وضعیت بیمار هنگام تحویل چگونه بوده است؟

علاوه بر اهمیت قانونی، گزارش‌ها در آموزش نیروهای جدید، ارزیابی کیفیت خدمات، انجام تحقیقات علمی، تحلیل خطاهای پزشکی و برنامه‌ریزی مدیریتی نیز نقش مهمی دارند. به همین دلیل، گزارش‌نویسی دقیق، کامل و مستند، بخش جدایی‌ناپذیر از فرآیند ارائه خدمات در اورژانس پیش‌بیمارستانی محسوب می‌شود.

اهداف اصلی گزارش‌نویسی

۱. تداوم درمان بیمار

بخش اورژانس بیمارستان بر اساس اطلاعات ارائه‌شده توسط کارشناسان اورژانس، روند درمان بیمار را ادامه می‌دهد. اگر اطلاعات به‌صورت ناقص ثبت شوند، ممکن است درمان بیمار با تأخیر یا حتی اشتباه همراه شود.

۲. حمایت حقوقی از پرسنل

در بسیاری از پرونده‌های شکایت، نخستین مدرکی که توسط کارشناسان حقوقی بررسی می‌شود، گزارش مأموریت است. گزارش ناقص می‌تواند موجب ایجاد مسئولیت قانونی برای پرسنل شود.

۳. کنترل کیفیت

مسئولان فنی و آموزشی از گزارش‌ها برای ارزیابی عملکرد کارکنان استفاده می‌کنند.

۴. ارزش آموزشی

بررسی گزارش‌های واقعی یکی از بهترین روش‌های آموزش نیروهای جدید است.

ویژگی‌های یک گزارش حرفه‌ای

یک گزارش استاندارد باید:

- دقیق باشد.
- کامل باشد.
- خوانا باشد.
- دارای ترتیب زمانی باشد.
- مبتنی بر واقعیت باشد.
- فاقد قضاوت شخصی باشد.
- از اصطلاحات علمی استفاده کند.

تفاوت واقعیت با قضاوت

نمونه نادرست:

«بیمار تمارض می کرد.»

نمونه صحیح:

«بیمار از درد شدید شکایت داشت، اما در معاینه، علائم حیاتی پایدار بوده و بدون محدودیت قادر به راه رفتن بود.»

نمونه نادرست:

«بیمار مست بود.»

نمونه صحیح:

«بوی الکل از دهان بیمار استشمام می شد و تکلم بیمار نامفهوم بود.»

مهم ترین اشتباهات در گزارش نویسی

- ثبت نکردن علائم حیاتی
- ثبت نکردن زمان اقدامات
- نوشتن تشخیص قطعی بدون مستندات
- استفاده از اصطلاحات عامیانه
- ثبت اطلاعات از روی حافظه پس از پایان شیفت
- حذف اطلاعات نامطلوب
- عدم ثبت امتناع بیمار از درمان

اصول طلایی مستندسازی

۱. اگر مشاهده نکرده اید، ننویسید.
۲. اگر انجام نداده اید، ثبت نکنید.
۳. اگر انجام داده اید، حتماً ثبت کنید.
۴. زمان تمام اقدامات را بنویسید.
۵. از عبارات مبهم استفاده نکنید.
۶. نقل قول مستقیم بیمار را داخل گیومه ثبت کنید.

مثال:

بیمار اظهار داشت: «درد قفسه سینه از حدود دو ساعت قبل شروع شده و به دست چپ انتشار دارد.»
این جمله ارزش قانونی بسیار بیشتری از نوشتن عبارت «درد قفسه سینه داشت» دارد.

ساختار استاندارد گزارش‌نویسی و اطلاعات الزامی در تمامی مأموریت‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی

پس از اطمینان از ایمنی صحنه و آغاز ارزیابی بیمار، فرآیند مستندسازی نیز باید هم‌زمان با مراقبت از بیمار آغاز شود. گزارش خوب، گزارشی نیست که فقط طولانی باشد، بلکه گزارشی است که تمام اطلاعات ضروری را به‌صورت منظم، دقیق و مستند ثبت کند.

یکی از روش‌های استاندارد گزارش‌نویسی، استفاده از ساختار SOAP است که در بسیاری از سیستم‌های اورژانس دنیا به کار می‌رود.

ساختار SOAP

اطلاعات ذهنی و شرح حال - S (Subjective)

این قسمت شامل اطلاعاتی است که بیمار، همراهان یا شاهدان بیان می‌کنند. مواردی که باید ثبت شوند:

- شکایت اصلی (Chief Complaint)
- زمان شروع علائم
- نحوه شروع علائم (ناگهانی یا تدریجی)
- محل درد
- انتشار درد
- شدت درد (VAS)
- عوامل تشدید یا کاهش علائم
- سابقه بیماری‌های مهم
- داروهای مصرفی
- حساسیت دارویی یا غذایی
- آخرین وعده غذایی (در صورت نیاز)
- آخرین وضعیت طبیعی بیمار (در بیماران سکنه مغزی)

نمونه:

«بیمار اظهار داشت درد فشارنده قفسه سینه از حدود ۴۵ دقیقه قبل، هنگام استراحت، شروع شده و به شانه و بازوی چپ انتشار یافته است.»

O (Objective) - یافته‌های عینی -

این بخش شامل تمامی یافته‌هایی است که توسط تکنسین مشاهده یا اندازه‌گیری شده‌اند. ثبت موارد زیر الزامی است:

- سطح هوشیاری (AVPU یا GCS)
- فشار خون
- نبض
- تعداد تنفس
- اشباع اکسیژن
- دمای بدن (در صورت لزوم)
- قند خون
- نوار قلب
- یافته‌های معاینه سر تا پا
- اندازه مردمک‌ها
- رنگ پوست
- تعریق
- خونریزی
- دفورمیتی‌ها
- صداها و ریوی

نکته: هر یافته‌ای که در تصمیم درمانی شما مؤثر بوده است، باید در گزارش ثبت شود.

A (Assessment) - ارزیابی -

در این قسمت، برداشت بالینی تکنسین نوشته می‌شود، نه تشخیص قطعی.

نمونه صحیح:

- درد قفسه سینه مشکوک به سندرم حاد کرونری
- کاهش سطح هوشیاری با علت نامشخص
- تروما با احتمال آسیب ستون فقرات
- تنگی نفس همراه با ویزینگ منتشر

نمونه نادرست:

- سکتۀ قلبی قطعی
- خونریزی مغزی
- پارگی طحال

تشخیص قطعی بر عهده پزشک و بررسی‌های بیمارستانی است.

اقدامات انجام‌شده – P (Plan / Procedure)

در این قسمت، تمام اقدامات درمانی باید به ترتیب زمانی ثبت شوند.
موارد الزامی:

- اکسیژن‌تراپی (روش و دبی)
- رگ‌گیری (محل، سایز آنژیوکت)
- سرم تجویز شده
- داروها (نام، دوز، مسیر، ساعت)
- نوار قلب
- آتل‌بندی
- کنترل خونریزی
- پانسمان
- بی‌حرکت‌سازی ستون فقرات
- CPR
- شوک الکتریکی
- انتقال بیمار
- تحویل بیمار

اطلاعاتی که در همه مأموریت‌ها باید ثبت شوند.
صرف‌نظر از نوع مأموریت، برخی اطلاعات در تمام گزارش‌ها الزامی هستند.

الف) زمان‌ها

ثبت دقیق زمان، یکی از مهم‌ترین بخش‌های گزارش است.
حداقل زمان‌های مورد نیاز عبارت‌اند از:

- زمان دریافت مأموریت
- زمان حرکت آمبولانس
- زمان رسیدن بر بالین بیمار
- زمان اولین ارزیابی
- زمان انجام ECG
- زمان اولین دارو
- زمان تماس با پزشک (در صورت انجام)
- زمان حرکت به سمت بیمارستان
- زمان تحویل بیمار

عدم ثبت زمان‌ها ممکن است در پرونده‌های حقوقی باعث ایجاد ابهام درباره کیفیت خدمات شود.

ب) مشخصات بیمار

- سن
- جنس
- نام (در صورت امکان)
- وزن تقریبی (به‌ویژه در کودکان)
- شماره پرونده یا کد مأموریت

ج) وضعیت اولیه بیمار

قبل از هر اقدام درمانی، وضعیت بیمار باید ثبت شود.
مثال:

- بیمار روی زمین در وضعیت طاق‌باز یافت شد.
- بیمار هوشیار و پاسخ‌گو بود.
- بیمار دچار دیسترس تنفسی شدید بود.
- بیمار فاقد نبض و تنفس بود.

د) علائم حیاتی

ثبت یک نوبت علائم حیاتی کافی نیست.
در بیماران ناپایدار، باید علائم حیاتی به صورت سریال ثبت شوند.

نمونه:

زمان	BP	HR	RR	SpO ₂
08:20	90/60	120	30	86%
08:30	105/70	102	24	94%

این روند نشان می‌دهد که بیمار به درمان پاسخ داده است و ارزش قانونی و علمی بالایی دارد.

ه) پاسخ بیمار به درمان

صرف ثبت دارو کافی نیست؛ باید تأثیر آن نیز مستند شود.

مثال:

- شدت درد از ۸ به ۳ از ۱۰ کاهش یافت.
- اشباع اکسیژن از ۸۴٪ به ۹۵٪ افزایش یافت.
- بیمار پس از نبولایزر، کاهش دیسترس تنفسی داشت.
- پس از تزریق دکستروز، سطح هوشیاری بیمار بهبود یافت.

اصول حقوقی گزارش نویسی در اورژانس پیش بیمارستانی

یکی از مهم‌ترین اهداف گزارش نویسی، ایجاد یک سند معتبر حقوقی است. هر گزارش مأموریت ممکن است سال‌ها بعد در دادگاه، سازمان نظام پزشکی، کمیسیون‌های پزشکی قانونی یا هیئت‌های رسیدگی به تخلفات مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین، گزارش باید به گونه‌ای نوشته شود که بدون نیاز به توضیح شفاهی، بتواند روند مأموریت را به طور کامل و شفاف نشان دهد.

در بسیاری از پرونده‌های حقوقی، قاضی یا کارشناس تنها بر اساس مستندات مکتوب قضاوت می‌کند. حافظه افراد ممکن است دچار خطا شود، اما گزارشی که در زمان مأموریت نوشته شده، ارزش اثباتی بالایی دارد.

اصل اول: فقط واقعیت را بنویسید

کارشناس اورژانس باید آنچه را دیده، شنیده، لمس کرده یا اندازه‌گیری کرده است ثبت کند، نه برداشت شخصی یا حدس خود را.

نمونه نادرست

- بیمار سکتته کرده بود.
- بیمار معتاد بود.
- بیمار تمارض می‌کرد.
- بیمار دروغ می‌گفت.

این جملات برداشت شخصی هستند و ممکن است در مراجع قضایی قابل استناد نباشند.

نمونه صحیح

- بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری (GCS=10) بود.
- بوی الکل از دهان بیمار استشمام می‌شد.
- بیمار اظهار داشت: «مواد مخدر مصرف کرده‌ام.»
- بیمار بدون کمک قادر به راه رفتن نبود.

اصل دوم: ترتیب زمانی وقایع را رعایت کنید

گزارش باید مانند یک فیلم، روند مأموریت را مرحله به مرحله نشان دهد.

نمونه:

- ساعت ۱۸:۱۲ مأموریت دریافت شد.
- ساعت ۱۸:۱۸ بر بالین بیمار رسیدیم.
- ساعت ۱۸:۲۰ ارزیابی اولیه انجام شد.
- ساعت ۱۸:۲۲ اکسیژن تراپی آغاز شد.
- ساعت ۱۸:۲۵ ECG گرفته شد.
- ساعت ۱۸:۳۰ آسپرین تجویز شد.
- ساعت ۱۸:۴۵ بیمار به سمت بیمارستان منتقل شد.
- ساعت ۱۸:۵۸ بیمار تحویل بخش اورژانس گردید.

اصل سوم: تشخیص قطعی ننویسید

وظیفه کارشناس اورژانس، ارزیابی و درمان اولیه است، نه اعلام تشخیص نهایی. بنابراین، بهتر است از واژه‌هایی مانند:

- مشکوک به...
- سازگار با...
- احتمال...
- در ارزیابی اولیه...

استفاده شود.

مثال:

✗ سکته قلبی

✓ درد قفسه سینه مشکوک به سندرم حاد کرونری

✗ خونریزی مغزی

✓ کاهش سطح هوشیاری همراه با علائم کانونی عصبی، مشکوک به سکته مغزی

اصل چهارم: نقل قول مستقیم بیمار را ثبت کنید

هرگاه بیمار یا همراه اطلاعات مهمی بیان می‌کنند، بهتر است عین جمله در گیومه نوشته شود.

مثال:

- «از ساعت ۱۰ صبح درد شروع شده است.»
- «قرص برنج خورده‌ام.»
- «دیگر نمی‌خواهم زنده بمانم.»
- «داروی فشار خون مصرف نکرده‌ام.»

این جملات در پرونده‌های حقوقی ارزش زیادی دارند.

اصل پنجم: علت انجام ندادن اقدامات را ثبت کنید

گاهی برخی اقدامات درمانی انجام نمی‌شوند و اگر دلیل آن نوشته نشود، ممکن است به عنوان قصور تلقی گردد.
مثال‌ها:

- به علت فشار خون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه، نیتروگلیسرین تجویز نشد.
- به علت سابقه حساسیت به پنی‌سیلین، دارو تجویز نشد.
- به علت بی‌قراری شدید بیمار، ثبت ECG امکان‌پذیر نبود.
- به علت گیر افتادن بیمار داخل خودرو، معاینه کامل اندام تحتانی تا زمان رهاسازی امکان‌پذیر نبود.

اصل ششم: اصلاح گزارش باید اصولی باشد

اگر هنگام نوشتن اشتباهی رخ داد:

- روی کلمه یک خط بکشید، به گونه‌ای که متن قبلی همچنان خوانا باشد.
- عبارت صحیح را در کنار آن بنویسید.
- اصلاح را امضا یا پاراف کنید (در صورت وجود نسخه کاغذی).

از موارد زیر خودداری کنید:

- لاک‌غلط‌گیر
- پاک کردن متن
- مخدوش کردن گزارش
- نوشتن روی متن قبلی

اصل هفتم: هیچ فضای خالی باقی نگذارید

فضاهای خالی ممکن است بعداً توسط افراد دیگر تکمیل شوند و مشکلات حقوقی ایجاد کنند. پس از پایان گزارش، خطوط خالی را با یک خط مورب ببندید یا مطابق دستورالعمل سازمان عمل کنید.

اشتباهات رایج که می‌توانند باعث شکایت شوند

- ثبت نکردن ساعت تجویز دارو
- ثبت نکردن ECG در بیمار دارای درد قفسه سینه
- عدم ثبت قند خون در بیمار با کاهش سطح هوشیاری
- ثبت نکردن امتناع بیمار از انتقال
- ثبت نکردن توصیه‌های داده شده به بیمار
- ثبت نکردن پاسخ بیمار به درمان
- نوشتن عبارت‌های کلی مانند «حال بیمار خوب بود» یا «وضعیت مناسب بود» بدون ذکر یافته‌های عینی

نکته کاربردی

همیشه از خود پرسید:

«اگر پنج سال بعد در دادگاه از من بخواهند فقط با همین گزارش از عملکردم دفاع کنم، آیا این گزارش کافی است؟»

اگر پاسخ شما «خیر» است، گزارش هنوز کامل نشده است.

گزارش نویسی در مأموریت‌های امتناع از درمان یا انتقال

امتناع بیمار از درمان یا انتقال

یکی از پرخطرترین مأموریت‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی، زمانی است که بیمار یا ولی قانونی او از دریافت درمان یا انتقال به بیمارستان خودداری می‌کند. در این شرایط، وظیفه کارشناس اورژانس تنها گرفتن امضا نیست؛ بلکه باید ثابت کند که بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری داشته، اطلاعات کافی دریافت کرده و تصمیم او آگاهانه بوده است.

امتناع از انتقال؛ فقط یک امضا نیست

بسیاری از کارشناسان تصور می‌کنند با گرفتن امضای بیمار، مسئولیت آن‌ها پایان می‌یابد، در حالی که اگر مستندسازی ناقص باشد، همان امضا نیز ممکن است از نظر حقوقی کافی نباشد.

برای معتبر بودن امتناع، باید نشان دهید که بیمار:

- هوشیار بوده است.
- قدرت درک شرایط خود را داشته است.
- خطرات عدم انتقال برای او توضیح داده شده است.
- فرصت پرسیدن سؤال داشته است.
- بدون اجبار تصمیم گرفته است.

مواردی که حتماً باید در گزارش ثبت شوند

۱- علت تماس با اورژانس

مثال:

«اورژانس به علت درد قفسه سینه بیمار اعزام شد.»

۲- وضعیت بیمار هنگام رسیدن

ثبت کنید:

- سطح هوشیاری
- علائم حیاتی
- وضعیت عمومی
- شکایت اصلی
- یافته‌های معاینه

مثال:

«بیمار هوشیار (GCS=15)، فشار خون ۸۵/۱۴۰، نبض ۸۸ در دقیقه، تنفس ۱۸ در دقیقه و اشباع اکسیژن ۹۷٪ روی هوای اتاق داشت.»

۳- اقدامات انجام شده

تمام اقدامات باید نوشته شوند.

مثلاً:

- گرفتن نوار قلب
- اندازه‌گیری قند

- اکسیژن
- رگ‌گیری
- کنترل خونریزی
- پانسمان
- مشاوره پزشکی

۴- علت امتناع

علت را دقیق ثبت کنید.

نمونه‌ها:

- بیمار اظهار داشت: «خودم با خودروی شخصی مراجعه می‌کنم.»
- بیمار به علت مشکلات مالی از انتقال امتناع کرد.
- بیمار اعلام کرد تمایلی به بستری شدن ندارد.
- همراه بیمار از انتقال جلوگیری کرد.

۵- خطرات توضیح داده شده

حتماً بنویسید که چه خطراتی برای بیمار توضیح داده شد.

نمونه:

«احتمال بدتر شدن وضعیت، سکته قلبی، آریتمی، نارسایی تنفسی و حتی مرگ برای بیمار توضیح داده شد.»

نوشتن عبارت کلی مانند «خطرات توضیح داده شد» کافی نیست؛ بهتر است مهم‌ترین خطرات مرتبط با همان بیماری ذکر شوند.

۶- ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار

این قسمت بسیار مهم است.

ثبت کنید که بیمار:

- نسبت به زمان، مکان و شخص آگاه بود.
- قادر به درک توضیحات بود.
- پاسخ‌های منطقی ارائه می‌داد.
- علائم اختلال هوشیاری نداشت.

اگر بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری نداشته باشد، امتناع او از نظر حقوقی اعتبار ندارد.

۷- شاهدان

در صورت امکان، ثبت کنید:

- نام همراه
- نسبت همراه با بیمار
- حضور مأمور پلیس (در صورت وجود)
- حضور شاهد دیگر

۸- امضا

در صورت وجود فرم مربوطه، امضای بیمار یا ولی قانونی، شاهد و پرسنل اخذ شود و در گزارش نیز به آن اشاره گردد.

اگر بیمار امضا نکرد، چه باید کرد؟

گاهی بیمار از امضا نیز خودداری می‌کند. در این شرایط، نباید گزارش را ناقص رها کنید.
نمونه:

«بیمار پس از توضیح خطرات، از انتقال به بیمارستان و همچنین از امضای فرم امتناع خودداری کرد. موضوع در حضور همراه بیمار ثبت گردید.»

اگر مأمور پلیس در صحنه حضور دارد، حضور وی نیز باید مستند شود.

نمونه گزارش صحیح

«بیمار مرد ۵۸ ساله با شکایت درد فشارنده قفسه سینه. در ارزیابی اولیه، $GCS=15$ ، فشار خون $90/150$ ، نبض 92 در دقیقه و SpO_2 برابر 96% بود. نوار قلب گرفته شد و اکسیژن‌تراپی آغاز گردید. به بیمار توصیه شد جهت بررسی بیشتر به بیمارستان منتقل شود. خطرات احتمالی، از جمله سکته قلبی، آریتمی و مرگ ناگهانی، به زبان ساده توضیح داده شد. بیمار اظهار داشت: "مایل به مراجعه با خودروی شخصی هستم و مسئولیت این تصمیم را می‌پذیرم." بیمار از نظر هوشیاری و قدرت تصمیم‌گیری در وضعیت مناسب بود و فرم امتناع را با حضور همسر خود امضا کرد.»

اشتباهات رایج

- ✗ فقط نوشتن: «بیمار رضایت نداد».
- ✗ فقط گرفتن امضا بدون توضیح خطرات.
- ✗ ثبت نکردن علائم حیاتی.
- ✗ ثبت نکردن وضعیت هوشیاری.
- ✗ ثبت نکردن توصیه‌های داده شده.
- ✗ ثبت نکردن نام همراه یا شاهد.
- ✗ ثبت نکردن علت امتناع.

نکته حقوقی مهم

امضای بیمار به‌تنهایی از شما رفع مسئولیت نمی‌کند. آنچه از شما حمایت می‌کند، مستندسازی کامل فرآیند ارزیابی، درمان، ارائه اطلاعات و تصمیم آگاهانه بیمار است.

گزارش‌نویسی در مأموریت‌های درد قفسه سینه و سندرم حاد کرونری (Acute Coronary Syndrome)

درد قفسه سینه یکی از حساس‌ترین مأموریت‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی است. هرگونه نقص در ارزیابی یا مستندسازی این بیماران می‌تواند پیامدهای درمانی و حقوقی جدی داشته باشد. حتی اگر بیمار در ظاهر حال عمومی مناسبی داشته باشد، باید تا زمان رد علل خطرناک، درد قفسه سینه را بالقوه ناشی از یک مشکل قلبی در نظر گرفت.

از نظر حقوقی، یکی از نخستین مواردی که در شکایات مربوط به این بیماران بررسی می‌شود، کیفیت گزارش مأموریت است.

اطلاعاتی که حتماً باید ثبت شود

۱- شرح دقیق درد

عبارت «بیمار درد قفسه سینه داشت» کافی نیست.

موارد زیر باید ثبت شوند:

- زمان شروع درد
- محل دقیق درد
- انتشار درد (بازوی چپ، فک، گردن، پشت، شانه و...)
- نوع درد (فشارنده، سوزشی، تیرکشنده، خنجری و...)
- شدت درد (بر اساس مقیاس ۰ تا ۱۰)
- شروع ناگهانی یا تدریجی
- عوامل تشدیدکننده
- عوامل کاهش‌دهنده
- ارتباط درد با فعالیت یا استراحت
- وجود درد مشابه در گذشته

مثال:

«بیمار اظهار داشت درد فشارنده پشت جناغ از حدود ۴۵ دقیقه قبل، در حالت استراحت، آغاز شده، شدت آن ۸ از ۱۰ بوده و به شانه و بازوی چپ انتشار یافته است. درد با استراحت کاهش نیافته است.»

۲- علائم همراه

وجود یا عدم وجود علائم زیر باید ثبت شود:

- تنگی نفس
- تعریق سرد
- تهوع یا استفراغ
- سرگیجه
- سنکوپ
- تپش قلب
- ضعف عمومی
- اضطراب
- رنگ‌پریدگی

ثبت «عدم وجود» این علائم نیز ارزش مستندسازی دارد.

۳- سوابق پزشکی

ثبت موارد زیر اهمیت زیادی دارد:

- سابقه سکته قلبی
- آنژیوپلاستی
- جراحی قلب
- فشار خون
- دیابت
- نارسایی کلیه
- نارسایی قلبی
- سیگار
- سابقه خانوادگی بیماری قلبی

۴- داروهای مصرفی

ثبت شود:

- آسپرین
- کلوپیدوگرل
- وارفارین
- داروهای ضد انعقاد جدید
- نیتروگلیسرین
- بتابلوکرها
- داروهای فشار خون

همچنین باید پرسیده و ثبت شود:

آیا بیمار طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت گذشته داروهای مهارکننده PDE5 (مانند سیلدنافیل، تادالافیل یا واردنافیل) مصرف کرده است یا خیر؟ این موضوع در تصمیم‌گیری برای تجویز نیتروگلیسرین اهمیت دارد.

۵- علائم حیاتی

تمام علائم حیاتی قبل و بعد از درمان ثبت شوند.

مثال:

زمان	BP	HR	RR	SpO ₂
10:12	165/95	108	24	91%
10:25	145/85	90	20	96%

۶- نوار قلب (ECG)

ثبت موارد زیر ضروری است:

- ساعت انجام ECG
- تعداد ECG های گرفته شده (در صورت تکرار)
- تفسیر اولیه
- ارسال ECG به پزشک (در صورت انجام)
- توصیه پزشک

نمونه:

«ECG ساعت ۱۰:۱۵ تهیه شد. تغییرات مشکوک به STEMI در لیدهای II، III و aVF مشاهده شد. تصویر ECG برای پزشک کشیک ارسال و توصیه به انتقال فوری بیمار به مرکز دارای امکانات مداخله کرونری دریافت شد.»

۷- اقدامات درمانی

برای هر اقدام، زمان، مقدار، مسیر و پاسخ بیمار باید ثبت شود.

نمونه:

- اکسیژن با کانول بینی، ۴ لیتر در دقیقه، از ساعت ۱۰:۱۳ آغاز شد.
- آسپیرین ۳۰۰ میلی گرم جویدنی، ساعت ۱۰:۱۵ تجویز شد.

- نیتروگلیسرین زیرزبانی، ساعت ۱۷:۱۰، پس از اطمینان از مناسب بودن فشار خون و نبود منع مصرف، تجویز شد.
- یک مسیر وریدی با آنژیوکت ۱۸ در دست چپ برقرار شد.

۸- پاسخ بیمار به درمان

این قسمت بسیار مهم است.
مثال:

- شدت درد از ۸ به ۴ از ۱۰ کاهش یافت.
- بیمار کاهش تنگی نفس را اظهار داشت.
- فشار خون پس از درمان به ۸۵/۱۴۰ رسید.
- تغییری در شدت درد مشاهده نشد.

نمونه گزارش استاندارد

«بیمار مرد ۶۳ ساله با شکایت درد فشارنده پشت جناغ از ۵۰ دقیقه قبل، در حالت استراحت، مراجعه شد. درد با شدت ۸ از ۱۰ به بازوی چپ و فک انتشار داشت و با تعریق سرد و تهوع همراه بود. سابقه دیابت و فشار خون داشت و داروهای خود را به طور نامنظم مصرف می کرد. بیمار مصرف اخیر داروهای مهارکننده PDE5 را رد کرد. در ارزیابی اولیه، GCS=15، فشار خون ۹۵/۱۶۰، نبض ۱۰۴، تنفس ۲۲ و اشباع اکسیژن ۹۲٪ بود. ECG ساعت ۱۰:۱۵ تهیه شد و تغییرات مشکوک به ایسکمی در لیدهای تحتانی مشاهده گردید. اکسیژن تراپی، آسپیرین، نیتروگلیسرین و برقراری مسیر وریدی مطابق پروتکل انجام شد. شدت درد پس از درمان از ۸ به ۴ کاهش یافت. بیمار در وضعیت پایدار، همراه با مانیتورینگ مداوم، به بیمارستان تحویل شد.»

اشتباهات رایج

- ✗ نوشتن فقط «درد قفسه سینه داشت.»
- ✗ ثبت نکردن زمان شروع درد.
- ✗ ثبت نکردن شدت درد.
- ✗ ثبت نکردن زمان انجام ECG.
- ✗ ثبت نکردن پاسخ بیمار به درمان.

- ✗ ثبت نکردن علت عدم تجویز نیتروگلیسرین در صورت وجود منع مصرف.
- ✗ ثبت نکردن وضعیت بیمار هنگام تحویل.

نکته حقوقی

در بیماری که با درد قفسه سینه تماس گرفته است، هر تصمیم مهم (انجام یا عدم انجام ECG، تجویز یا عدم تجویز دارو، انتقال یا امتناع از انتقال) باید مستند و دارای دلیل باشد. اگر اقدامی انجام نشده، علت آن نیز باید به طور شفاف در گزارش نوشته شود.

گزارش نویسی در مأموریت های سکته مغزی (Stroke)

سکته مغزی یکی از اورژانس های وابسته به زمان (Time-Critical Emergency) است. در این بیماران، هر دقیقه تأخیر می تواند منجر به از دست رفتن میلیون ها نورون مغزی شود. از این رو، مستندسازی دقیق زمان ها، یافته های عصبی و اقدامات انجام شده، علاوه بر اهمیت درمانی، از نظر حقوقی نیز اهمیت ویژه ای دارد. در بسیاری از پرونده های شکایت مربوط به سکته مغزی، اولین سؤال کارشناسان این است:

- علائم از چه زمانی شروع شدند؟
- آخرین زمان طبیعی بودن بیمار چه زمانی بوده است؟
- قند خون اندازه گیری شده بود؟
- بیمار چه زمانی به بیمارستان تحویل شد؟

اگر این اطلاعات در گزارش وجود نداشته باشد، عملکرد تیم اورژانس به درستی قابل ارزیابی نخواهد بود.

مهم ترین اصل در گزارش سکته مغزی

ثبت آخرین زمان طبیعی بودن بیمار (Last Known Well)

این مهم ترین زمان در کل مأموریت است. منظور، آخرین زمانی است که بیمار بدون علائم عصبی مشاهده شده است؛ نه زمانی که بیمار پیدا شده یا تماس با اورژانس برقرار شده است.
مثال:

همسر بیمار اظهار داشت:

«ساعت ۷ صبح، قبل از رفتن به محل کار، بیمار کاملاً طبیعی بود.»

حتی اگر بیمار ساعت ۱۰ پیدا شود، **Last Known Well** = ساعت ۷ صبح** است.

این زمان می‌تواند در تصمیم‌گیری برای درمان‌های تخصصی، مانند ترومبولیز یا ترومبکتومی، بسیار تعیین‌کننده باشد.

اطلاعاتی که حتماً باید ثبت شوند

۱- زمان شروع علائم

ثبت کنید:

- زمان دقیق شروع علائم
- اگر زمان مشخص نیست، آخرین زمان طبیعی بودن بیمار
- چه کسی این اطلاعات را ارائه کرده است (بیمار، همراه یا شاهد)

۲- علائم عصبی

به‌طور دقیق ثبت شوند:

- ضعف اندام راست یا چپ
- افتادگی گوشه دهان
- اختلال تکلم
- آفازی
- دی‌آرتری
- اختلال تعادل
- اختلال بینایی
- کاهش سطح هوشیاری
- تشنج

۳- آزمون FAST

ثبت نتیجه آزمون FAST بسیار ارزشمند است.

مثال:

- Face: افتادگی سمت چپ صورت
- Arm: ناتوانی در بالا نگه داشتن دست راست
- Speech: گفتار نامفهوم
- Time: شروع علائم ساعت ۰۹:۴۰

۴- سطح هوشیاری

ثبت شود:

- GCS
- AVPU
- پاسخ به سؤالات ساده
- پاسخ به دستورات

۵- قند خون

اندازه‌گیری و ثبت قند خون در تمام بیماران با علائم عصبی یا کاهش سطح هوشیاری الزامی است.

ثبت شود:

- مقدار قند
- زمان اندازه‌گیری

مثال:

قند خون مویرگی ساعت ۰۹:۵۵ برابر 98^{**}mg/dL بود.

۶- علائم حیاتی

ثبت شوند:

- فشار خون
- نبض
- تنفس
- اشباع اکسیژن
- دما (در صورت نیاز)

بهتر است در طول انتقال نیز مجدداً اندازه‌گیری شوند.

۷- سوابق پزشکی

ثبت شود:

- فشار خون
- دیابت
- سکته قلبی
- فیبریلاسیون دهلیزی
- بیماری قلبی
- صرع

۸- داروهای مصرفی

به خصوص:

- وارفارین
- ریواروکسابان
- آپیکسابان
- دابیگاتران
- کلوپیدوگرل
- آسپیرین

زیرا این داروها در تصمیم‌گیری بیمارستان نقش مهمی دارند.

۹- اقدامات انجام شده

ثبت گردد:

- اکسیژن
- مسیر وریدی
- مانیتورینگ
- ECG
- کنترل قند خون
- انتقال سریع
- اطلاع به بیمارستان مقصد (در صورت انجام)

«بیمار زن ۶۹ ساله با ضعف ناگهانی نیمه راست بدن و اختلال گفتار. طبق اظهار همسر، آخرین زمان طبیعی بودن بیمار ساعت ۰۸:۱۰ بوده است. هنگام رسیدن تیم اورژانس، بیمار هوشیار (GCS=14) با افتادگی سمت راست صورت، کاهش قدرت اندام راست و گفتار نامفهوم مشاهده شد. قند خون مویرگی ۱۰۲ mg/dL، فشار خون ۹۶/۱۷۸، نبض ۸۸، تنفس ۱۸ و اشباع اکسیژن ۹۵٪ روی هوای اتاق بود. مسیر وریدی برقرار، ECG تهیه و بیمار با شک به سکته مغزی حاد، تحت مانیتورینگ مداوم و با اولویت بالا، به بیمارستان دارای امکانات درمان سکته مغزی منتقل شد.»

اشتباهات رایج

- ✗ ثبت نکردن Last Known Well
- ✗ ثبت نکردن قند خون
- ✗ نوشتن «بیمار سکته مغزی کرده بود.»
- ✗ ثبت نکردن وضعیت گفتار
- ✗ ثبت نکردن قدرت اندامها
- ✗ ثبت نکردن ساعت انتقال
- ✗ ثبت نکردن وضعیت بیمار هنگام تحویل

نکات حقوقی

در گزارش سکته مغزی باید مشخص باشد که:

- زمان شروع علائم بررسی شده است.
- قند خون اندازه گیری شده است.
- بیمار سریع ترین مسیر درمانی را دریافت کرده است.
- هیچ تأخیر غیرضروری در انتقال وجود نداشته است.
- تغییرات وضعیت عصبی بیمار در طول انتقال مستند شده است.

توصیه عملی برای کارشناسان اورژانس

در هر بیمار مشکوک به سکته مغزی، چهار زمان را با دقت ثبت کنید:

۱- آخرین زمان طبیعی بودن بیمار (Last Known Well)

۲- زمان رسیدن تیم اورژانس

۳- زمان حرکت به سمت بیمارستان

۴- زمان تحویل بیمار

ثبت دقیق این چهار زمان، هم از نظر درمانی و هم از نظر حقوقی، از مهم‌ترین بخش‌های گزارش است.

گزارش‌نویسی در مأموریت‌های تروما و تصادفات

بیماران ترومایی از پیچیده‌ترین و حساس‌ترین مأموریت‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی هستند. در این مأموریت‌ها، مستندسازی تنها به ثبت آسیب‌های قابل مشاهده محدود نمی‌شود، بلکه باید شرح دقیق حادثه، مکانیسم آسیب (Mechanism of Injury)، وضعیت صحنه، یافته‌های معاینه و اقدامات درمانی نیز به‌طور کامل ثبت شوند. یکی از مهم‌ترین دلایل شکایت‌های حقوقی در مأموریت‌های تروما، نقص در مستندسازی است. گزارش باید به‌گونه‌ای باشد که اگر فرد دیگری سال‌ها بعد آن را مطالعه کند، بتواند صحنه حادثه را در ذهن خود بازسازی کند.

اصل اول: مکانیسم آسیب (Mechanism of Injury)

مکانیسم آسیب یکی از مهم‌ترین بخش‌های گزارش ترومایی است و گاهی از خود آسیب‌های ظاهری نیز اهمیت بیشتری دارد.

ثبت کنید:

- نوع حادثه
- محل حادثه
- نحوه وقوع حادثه
- جهت وارد شدن نیرو
- شدت انرژی وارد شده
- وضعیت بیمار هنگام برخورد

در تصادفات رانندگی

موارد زیر باید ثبت شوند:

- راننده یا سرنشین؟

- جلو یا عقب خودرو؟
- استفاده از کمربند ایمنی
- باز شدن یا نشدن ایربگ
- سرعت تقریبی خودرو (در صورت اطلاع)
- میزان تخریب خودرو
- گیر افتادن بیمار داخل خودرو
- مدت زمان گیر افتادن
- خروج توسط خود بیمار یا تیم امداد
- پرتاب شدن از خودرو
- واژگونی خودرو
- تعداد واژگونی‌ها (در صورت امکان)
- برخورد با فرمان یا شیشه
- فوت سرنشین دیگر (در صورت وجود)

نمونه:

«بیمار راننده خودروی سواری بود. بنا بر اظهار شاهدان، خودرو با سرعت تقریبی ۸۰ کیلومتر بر ساعت از روبه‌رو با تیر برق برخورد کرده است. ایربگ باز شده و کمربند ایمنی بسته بوده است. بیمار حدود ۱۵ دقیقه داخل خودرو گرفتار بوده و توسط نیروهای آتش‌نشانی رهاسازی شد.»

در سقوط از ارتفاع

حتماً ثبت کنید:

- ارتفاع تقریبی سقوط
- نوع سطح برخورد (بتن، خاک، آسفالت و...)
- نحوه فرود آمدن (پا، سر، پهلوی، پشت)
- از دست دادن هوشیاری
- سقوط عمدی یا غیرعمدی (در صورت اطلاع)

در حوادث شغلی

ثبت شود:

- نوع دستگاه یا وسیله
- محل کار
- نحوه آسیب
- برق‌گرفتگی، له‌شدگی یا سقوط
- تجهیزات ایمنی مورد استفاده

اصل دوم: ارزیابی اولیه (ABCDE)

تمام یافته‌های ارزیابی اولیه باید مستند شوند.

Airway

ثبت شود:

- باز بودن راه هوایی
- وجود خون
- استفراغ
- جسم خارجی
- نیاز به ساکشن

Breathing

ثبت شود:

- تعداد تنفس
- حرکات قفسه سینه
- تقارن تنفس
- زخم مکنده
- صدای ریه
- دیسترس تنفسی

Circulation

ثبت شود:

- نبض

- رنگ پوست
- دمای پوست
- خونریزی فعال
- محل خونریزی
- روش کنترل خونریزی

Disability

ثبت شود:

- GCS
- مردمکها
- قدرت اندامها
- حس اندامها

Exposure

ثبت شود:

- تمام آسیبهای مشاهده شده
- کبودی
- ساییدگی
- پارگی
- دفورمیتی
- سوختگی
- تورم

اصل سوم: معاینه سر تا پا

معاینه باید به ترتیب انجام شود و تمام یافته‌ها ثبت شوند.

سر

- خونریزی
- هماتوم
- شکستگی
- خونریزی گوش
- خونریزی بینی
- شکستگی فک

گردن

- درد
- حساسیت
- دفورمیتی
- استفاده از گردنبند طبی

قفسه سینه

- درد
- حساسیت
- شکستگی دنده
- حرکات غیرطبیعی
- زخم نافذ

شکم

- درد
- تندرئس
- اتساع
- سفتی شکم
- زخم

لگن

- درد
- ناپایداری
- استفاده از Pelvic Binder (در صورت انجام)

اندام‌ها

برای هر اندام ثبت کنید:

- درد
- تورم
- دفورمیتی
- خونریزی
- شکستگی باز یا بسته
- نبض دیستال
- حس
- حرکت

اصل چهارم: اقدامات درمانی

تمام اقدامات باید همراه با زمان ثبت شوند.

مثال:

- کنترل خونریزی با فشار مستقیم
- پانسمان فشاری
- آتل خلأ
- آتل کششی
- گردنبند طبی
- لانگ بک‌بورد (در صورت استفاده)
- برانکارد اسکوپ

- پتو
- اکسیژن
- رگ گیری
- سرم
- داروها

نمونه گزارش استاندارد

«بیمار مرد ۳۵ ساله، راننده خودروی سواری، در اثر برخورد از روبه‌رو با کامیون دچار حادثه شده بود. کمر بند ایمنی بسته و ایربگ باز شده بود. بیمار حدود ۱۰ دقیقه داخل خودرو گرفتار و توسط نیروهای آتش‌نشانی رهاسازی شد. هنگام رسیدن تیم اورژانس، بیمار هوشیار (GCS=15)، با شکایت درد شدید قفسه سینه و اندام تحتانی چپ بود. فشار خون ۷۰/۱۱۰، نبض ۱۱۸، تنفس ۲۶ و اشباع اکسیژن ۹۳٪ بود. خونریزی فعال از ساق پای چپ با فشار مستقیم کنترل شد. گردن بند طبی (کولار) نصب، اندام تحتانی با آتل خلأ بی‌حرکت و مسیر وریدی برقرار گردید. بیمار تحت مانیتورینگ مداوم به مرکز تروما منتقل و در وضعیت پایدار تحویل شد.»

اشتباهات رایج

- ✗ نوشتن فقط «تصادف کرده بود.»
- ✗ ثبت نکردن مکانیسم آسیب.
- ✗ ثبت نکردن استفاده یا عدم استفاده از کمر بند ایمنی.
- ✗ ثبت نکردن میزان هوشیاری اولیه.
- ✗ ثبت نکردن وضعیت نبض و حس اندام آسیب دیده.
- ✗ ثبت نکردن نحوه کنترل خونریزی.
- ✗ ثبت نکردن وضعیت بیمار هنگام تحویل.

نکته حقوقی مهم

در پرونده‌های تصادفات، مکانیسم آسیب به اندازه یافته‌های بالینی اهمیت دارد. گاهی بیماری در معاینه اولیه پایدار به نظر می‌رسد، اما مکانیسم آسیب نشان‌دهنده احتمال صدمات داخلی شدید است. بنابراین، ثبت دقیق جزئیات حادثه می‌تواند از تصمیمات درمانی شما پشتیبانی کند و در صورت بروز شکایت، نشان دهد که ارزیابی بیمار بر اساس اصول علمی انجام شده است.

گزارش‌نویسی در مأموریت‌های احیای قلبی ریوی (CPR) و مرگ در محل

احیای قلبی ریوی از حساس‌ترین مأموریت‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی است. در این مأموریت‌ها، هر ثانیه اهمیت دارد و به همین دلیل ممکن است مستندسازی به حاشیه برود. اما از نظر حقوقی، گزارش احیا به اندازه خود احیا اهمیت دارد.

گزارش CPR باید به‌گونه‌ای باشد که هر فردی با مطالعه آن بتواند تمام روند احیا را از لحظه رسیدن تیم اورژانس تا خاتمه مأموریت بازسازی کند.

اطلاعاتی که حتماً باید ثبت شوند

۱- زمان Collapse (زمان از دست رفتن هوشیاری)

در صورت اطلاع، ثبت کنید:

- بیمار چه زمانی دچار ایست قلبی شده است؟
- چه کسی شاهد حادثه بوده است؟
- آیا ایست شاهددار بوده است؟

مثال:

«طبق اظهار همسر بیمار، وی ساعت ۱۹:۴۰ به‌طور ناگهانی روی زمین افتاده و بی‌هوش شده است.»

۲- آخرین زمان مشاهده بیمار در وضعیت طبیعی

اگر زمان دقیق Collapse مشخص نیست، آخرین زمانی که بیمار سالم دیده شده، ثبت شود.

۳- احیا توسط شاهد

ثبت شود:

- آیا احیا توسط اطرافیان شروع شده بود؟
- چه کسی CPR را آغاز کرده است؟
- مدت زمان تقریبی CPR قبل از رسیدن اورژانس

مثال:

«CPR توسط فرزند بیمار، حدود ۵ دقیقه قبل از رسیدن تیم، آغاز شده بود.»

۴- وضعیت بیمار هنگام رسیدن

حتماً ثبت کنید:

- هوشیاری
- تنفس
- نبض
- مردمک‌ها
- رنگ پوست
- علائم قطعی مرگ (در صورت وجود)

مثال:

«بیمار فاقد نبض کاروتید، فاقد تنفس خودبه‌خودی، مردمک‌ها میدریاتیک و بدون پاسخ به نور بود.»

۵- ریتم اولیه

یکی از مهم‌ترین قسمت‌های گزارش. ثبت شود:

- VF -
- Pulseless VT -
- PEA -
- Asystole -

همراه با ساعت ثبت.

مثال:

«ریتم اولیه، ساعت ۱۹:۵۴، فیبریلاسیون بطنی (VF) بود.»

۶- شوک الکتریکی

برای هر شوک ثبت شود:

- ساعت
- انرژی
- شماره شوک
- پاسخ بیمار

مثال:

- شوک اول، ساعت ۱۹:۵۵، با انرژی ۲۰۰ ژول
- شوک دوم، ساعت ۱۹:۵۷، با انرژی ۲۰۰ ژول
- شوک سوم، ساعت ۲۰:۰۰، با انرژی ۳۶۰ ژول

۷- داروها

تمام داروها باید با ذکر موارد زیر ثبت شوند:

- ساعت
- مقدار
- مسیر تزریق

مثال:

- اپی نفرین ۱ میلی گرم IV، ساعت ۱۹:۵۶
- اپی نفرین ۱ میلی گرم IV، ساعت ۲۰:۰۰
- آمیودارون ۳۰۰ میلی گرم IV، ساعت ۲۰:۰۲

۸- راه هوایی

ثبت شود:

- BVM
- سوپراگلوتیک
- لوله تراشه
- سائز وسیله
- تعداد تلاش‌ها
- تأیید محل قرارگیری (در صورت وجود ETCO₂)

نمونه:

«راه هوایی با لوله تراشه شماره ۸ در اولین تلاش برقرار شد. محل لوله با سمع دوطرفه ریه، مشاهده بالا آمدن قفسه سینه و ETCO_2 تأیید گردید.»

۹- کیفیت CPR

در صورت امکان، ثبت کنید:

- تعویض احیاکننده
- استفاده از فیدبک دستگاه
- وقفه‌های ایجادشده
- علت وقفه‌ها

۱۰- ROSC

در صورت بازگشت گردش خون، حتماً ثبت شود:

- ساعت ROSC
- فشار خون
- نبض
- ECG
- وضعیت هوشیاری
- اقدامات بعدی

مثال:

«ساعت ۲۰:۰۸ گردش خون خودبه‌خودی بازگشت. نبض کاروتید قابل لمس، فشار خون ۶۰/۹۵ و ریتم سینوسی روی مانیتور مشاهده شد.»

اگر ROSC ایجاد نشد

ثبت شود:

- مدت کل CPR
- ریتم نهایی
- علت خاتمه احیا

- دستور پزشک (در صورت وجود)

فوت در محل

اگر بیمار دارای علائم قطعی مرگ باشد، باید این موارد ثبت شوند:

- جمود نعشی
- کبودی نعشی
- تجزیه جسد
- آسیب‌های ناسازگار با حیات
- قطع کامل سر یا تنه (در صورت وجود)

هرگز فقط ننویسید:

«بیمار فوت کرده بود.»

اگر احیا انجام نشد

علت آن باید دقیق نوشته شود.

مثال:

«به علت وجود جمود نعشی و کبودی نعشی گسترده، بیمار واجد علائم قطعی مرگ بوده و CPR آغاز نگردید.»

نمونه گزارش استاندارد

«بیمار مرد ۶۸ ساله، طبق اظهار همسر، ساعت ۱۹:۴۰ دچار سقوط ناگهانی و از دست دادن هوشیاری شد. CPR توسط همراه از ساعت ۱۹:۴۵ آغاز شده بود. تیم اورژانس ساعت ۱۹:۵۰ بر بالین بیمار حاضر شد. بیمار فاقد نبض و تنفس، با مردمک‌های میدریاتیک و بدون پاسخ به نور بود. ریتم اولیه VF ثبت شد. CPR مطابق پروتکل آغاز گردید. سه شوک به‌ترتیب با انرژی‌های ۲۰۰، ۲۰۰ و ۳۶۰ ژول اعمال شد. اپی‌نفرین و آمیودارون طبق پروتکل تجویز گردید. راه هوایی با لوله تراشه شماره ۸ برقرار و محل آن تأیید شد. پس از حدود ۱۸ دقیقه احیا، ساعت ۲۰:۰۸ گردش خون خودبه‌خودی (ROSC) بازگشت. بیمار تحت مانیتورینگ مداوم به بیمارستان منتقل شد.»

اشتباهات رایج

✗ ثبت نکردن زمان شروع CPR

- ✗ ثبت نکردن ریتم اولیه
- ✗ ثبت نکردن ساعت هر شوک
- ✗ ثبت نکردن ساعت داروها
- ✗ ثبت نکردن ساعت ROSC
- ✗ ثبت نکردن ریتم نهایی
- ✗ نوشتن فقط «CPR انجام شد».

نکات حقوقی بسیار مهم

- هر شوک باید زمان و انرژی مشخص داشته باشد.
- هر دوز دارو باید ساعت دقیق داشته باشد.
- اگر وقفه‌ای در CPR ایجاد شده، علت آن (مانند تحلیل ریتم، دفیبریلاسیون یا انتقال بیمار) ثبت شود.
- در صورت فوت، زمان پایان احیا یا زمان اعلام فوت (مطابق مقررات و اختیارات قانونی محل خدمت) به‌طور دقیق مستند گردد.
- اگر پزشک در روند تصمیم‌گیری دخالت داشته است، زمان تماس، نام یا سمت پزشک و دستور دریافت‌شده نیز ثبت شود.

توصیه حرفه‌ای

اگر گزارش‌تان را به‌صورت «خط زمانی (Timeline)» بنویسید، هم خوانایی بیشتری خواهد داشت و هم در بررسی‌های علمی و حقوقی ارزش بالاتری پیدا می‌کند.

گزارش‌نویسی در مأموریت‌های اقدام به خودکشی، خودکشی، بیماران روان‌پزشکی و اختلالات رفتاری

مأموریت‌های مربوط به اقدام به خودکشی، اختلالات روان‌پزشکی و رفتارهای پرخطر از پیچیده‌ترین مأموریت‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی هستند. در این موارد، هدف گزارش تنها ثبت وضعیت پزشکی بیمار نیست؛ بلکه باید وضعیت صحنه، مشاهدات عینی، اظهارات بیمار یا شاهدان، ارزیابی خطر، اقدامات درمانی و نحوه انتقال نیز به‌طور کامل مستند شود.

در این مأموریت‌ها، گزارش باید بر پایه واقعیت، مشاهدات مستقیم و نقل‌قول‌های دقیق باشد و از هرگونه قضاوت، برچسب‌زنی یا نتیجه‌گیری شخصی پرهیز شود.

اصل اول: ایمنی صحنه

پیش از نزدیک شدن به بیمار، وضعیت صحنه باید ارزیابی شود.

در گزارش ثبت کنید:

- صحنه ایمن بود یا خیر.
- حضور یا عدم حضور نیروهای انتظامی.
- وجود سلاح، مواد سمی یا سایر خطرات قابل مشاهده.
- آیا بیمار یا فرد دیگری برای خود یا دیگران خطر ایجاد می‌کرد؟

نمونه:

«در زمان ورود تیم، صحنه با حضور مأموران انتظامی ایمن‌سازی شده بود.»

اصل دوم: علت تماس با اورژانس

به‌طور دقیق و بدون قضاوت ثبت کنید.

مثال:

- گزارش اقدام به خودکشی با مصرف دارو
- گزارش حلق‌آویز شدن
- گزارش بریدگی مچ دست
- گزارش پرتاب از ارتفاع
- گزارش رفتار تهاجمی و بی‌قراری شدید
- گزارش تهدید به خودکشی

اصل سوم: وضعیت صحنه

مواردی که مشاهده می‌کنید، بدون تفسیر شخصی ثبت شوند.

مثال:

- بسته‌های خالی دارو روی زمین مشاهده شد.
- طناب به سقف متصل بود.
- بطری حاوی مایع با بوی سم در محل دیده شد.

- آثار خون روی زمین وجود داشت.
- چندین برش سطحی روی مچ دست مشاهده شد.

از نوشتن عباراتی مانند «بیمار قصد جلب توجه داشت» یا «خودکشی نمایی بود» خودداری کنید، زیرا اینها برداشت شخصی هستند.

اصل چهارم: نقل قول مستقیم بیمار یا شاهدان

در صورت امکان، عین جملات مهم را در گیومه ثبت کنید.

نمونه‌ها:

- «۲۰ عدد قرص مصرف کردم.»
- «دیگر نمی‌خواهم زندگی کنم.»
- «سم را حدود یک ساعت قبل خوردم.»
- «بیمار را از طناب پایین آوردیم.»

این نقل قول‌ها می‌توانند در روند درمان و بررسی‌های قانونی اهمیت داشته باشند.

اصل پنجم: ارزیابی بیمار

مانند سایر مأموریت‌ها، موارد زیر ثبت شوند:

- سطح هوشیاری (GCS یا AVPU)
- علائم حیاتی
- اندازه مردمک‌ها
- وضعیت تنفس
- وجود یا عدم وجود آسیب‌های ظاهری
- قند خون (در صورت کاهش سطح هوشیاری یا شک به مسمومیت)
- معاینه سر تا پا در صورت وجود تروما

اصل ششم: اطلاعات اختصاصی بر اساس نوع اقدام

الف) مصرف دارو یا سم

ثبت شود:

- نام ماده (در صورت اطلاع)
- مقدار تقریبی
- زمان مصرف
- راه مصرف (خوراکی، تزریقی و...)
- بسته یا ظرف دارو همراه بیمار بود یا خیر
- استفراغ قبل از رسیدن تیم رخ داده بود یا خیر

ب) حلق آویز شدن

ثبت شود:

- بیمار آویزان بود یا قبل از رسیدن پایین آورده شده بود.
- چه کسی طناب را باز کرده است.
- مدت تقریبی آویزان بودن (در صورت اطلاع)
- وجود شیار گردنی یا سایر علائم قابل مشاهده
- وضعیت راه هوایی و تنفس

ج) آسیب با جسم برنده

ثبت شود:

- محل و تعداد زخم‌ها
- عمق تقریبی (در حد قابل مشاهده، بدون حدس)
- خونریزی فعال یا کنترل شده
- اقدامات انجام شده برای کنترل خونریزی

د) پرتاب از ارتفاع

ثبت شود:

- ارتفاع تقریبی
- سطح برخورد
- وضعیت بیمار هنگام رسیدن
- آسیب‌های مشاهده شده

اصل هفتم: ارزیابی خطر

بدون قضاوت، وضعیت بیمار را مستند کنید.

موارد قابل ثبت:

- بی‌قراری شدید
- همکاری یا عدم همکاری با تیم درمان
- تهدید به آسیب رساندن به خود یا دیگران
- تلاش برای فرار از صحنه
- نیاز به کمک نیروهای انتظامی برای انتقال ایمن

در صورت استفاده از محدودسازی فیزیکی، علت، روش و وضعیت بیمار پس از آن باید ثبت شود و این اقدام تنها در چهارچوب قوانین، دستورالعمل‌ها و برای حفظ ایمنی بیمار و دیگران انجام می‌شود.

نمونه گزارش استاندارد

«به دنبال گزارش اقدام به خودکشی با مصرف دارو به محل اعزام شدیم. هنگام ورود، صحنه ایمن و مأموران انتظامی حاضر بودند. بسته‌های خالی دارو در کنار تخت مشاهده شد. بیمار زن ۲۸ ساله هوشیار (GCS=15) بود و اظهار داشت: "حدود یک ساعت قبل ۲۰ قرص مصرف کرده‌ام." علائم حیاتی: فشار خون ۷۰/۱۱۰، نبض ۹۶، تنفس ۱۸ و اشباع اکسیژن ۹۸٪. قند خون ۱۰۴mg/dL بود. مسیر وریدی برقرار، بیمار تحت مانیتورینگ قرار گرفت و پس از توضیح ضرورت ارزیابی تخصصی، با همکاری کامل به بیمارستان منتقل شد. بسته‌های دارویی موجود در صحنه نیز همراه بیمار به مرکز درمانی تحویل گردید.»

اشتباهات رایج

- ✗ نوشتن «بیمار دیوانه بود.»
- ✗ نوشتن «قصد جلب توجه داشت.»
- ✗ ثبت تشخیص روان‌پزشکی بدون مستندات.
- ✗ ثبت نکردن گفته‌های بیمار.
- ✗ ثبت نکردن وضعیت صحنه.
- ✗ ثبت نکردن حضور پلیس یا همراهان.
- ✗ ثبت نکردن نوع و مقدار تقریبی ماده مصرفی (در صورت اطلاع).

نکات حقوقی مهم

- گزارش باید کاملاً بی‌طرفانه باشد.
- تنها آنچه مشاهده یا اندازه‌گیری شده است ثبت شود.
- اگر اطلاعاتی را از همراه یا شاهد دریافت کرده‌اید، منبع آن را ذکر کنید (مثلاً: «طبق اظهار همسر بیمار...»).
- در صورت تحویل وسایل، بسته‌های دارویی یا سایر اقسام مرتبط به بیمارستان یا مراجع ذی‌صلاح، این موضوع در گزارش ثبت شود.
- در بیماران با خطر خودآسیبی یا آسیب به دیگران، اقدامات انجام‌شده برای حفظ ایمنی بیمار، همراهان و پرسنل نیز مستند گردد.

نکته حرفه‌ای

در مأموریت‌های اقدام به خودکشی، گزارش باید به‌گونه‌ای نوشته شود که مسیر زمانی وقایع، وضعیت بیمار، اقدامات تیم اورژانس و دلایل تصمیم‌های اتخاذشده کاملاً روشن باشد. این شیوه مستندسازی هم به ادامه درمان بیمار کمک می‌کند و هم از نظر حقوقی از عملکرد تیم حمایت خواهد کرد.

گزارش نویسی در مأموریت‌های مسمومیت، گازگرفتگی، برق گرفتگی، غرق شدگی و سوختگی

این گروه از مأموریت‌ها به دلیل احتمال وخامت سریع وضعیت بیمار، اهمیت درمانی و گاهی ابعاد قضایی، نیازمند مستندسازی دقیق هستند. در این بیماران، ثبت نوع عامل آسیب، مدت تماس، وضعیت صحنه، اقدامات اولیه و پاسخ بیمار به درمان اهمیت زیادی دارد.

بخش اول: گزارش نویسی در مسمومیت‌ها

در مأموریت‌های مسمومیت، هر دقیقه می‌تواند بر روند درمان اثر بگذارد. اطلاعاتی که تیم اورژانس جمع‌آوری می‌کند، در انتخاب درمان بیمارستانی بسیار مؤثر است.

مواردی که باید ثبت شوند

۱. نوع ماده

در صورت اطلاع، نام دقیق ماده را ثبت کنید.

مثال:

- استامینوفن
- متانول
- سموم ارگانوفسفره
- قرص برنج
- مواد مخدر
- مواد صنعتی
- شوینده‌ها

اگر نوع ماده مشخص نیست، بنویسید:

«نوع ماده مصرفی نامشخص بود.»

۲. مقدار تقریبی

مثال:

- حدود ۲۰ قرص
- یک لیوان
- نصف بطری
- مقدار نامشخص

از حدس زدن خودداری کنید.

۳. زمان مصرف

ثبت کنید:

- ساعت مصرف
- یا مدت زمان گذشته از مصرف

مثال:

«طبق اظهار بیمار، حدود ۴۵ دقیقه قبل از تماس با اورژانس، دارو مصرف شده است.»

۴. راه ورود ماده

- خوراکی
- استنشاقی
- تزریقی
- پوستی
- چشمی

۵. علائم بیمار

ثبت شود:

- تهوع
- استفراغ
- خواب‌آلودگی
- تشنج
- کاهش سطح هوشیاری
- تنگی نفس
- میوز یا میدریاز
- بوی خاص دهان (در صورت مشاهده)

۶. اقدامات انجام شده

- اکسیژن
- راه وریدی
- مانیتورینگ
- قند خون
- ECG
- درمان اختصاصی (در صورت وجود)
- انتقال فوری

نمونه گزارش

«بیمار مرد ۳۲ ساله اظهار داشت حدود یک ساعت قبل به‌طور عمدی ۱۵ قرص استامینوفن مصرف کرده است. هنگام رسیدن، بیمار هوشیار (GCS=15)، با شکایت تهوع و دو نوبت استفراغ بود. فشار خون ۸۰/۱۲۵، نبض ۹۰،

تنفس ۱۸ و اشباع اکسیژن ۹۸٪ ثبت شد. مسیر وریدی برقرار، مانیتورینگ آغاز و بیمار برای ادامه درمان به بیمارستان منتقل شد.»

بخش دوم: گزارش نویسی در گازگرفتگی

مهم‌ترین موضوع در این مأموریت‌ها، ایمنی صحنه است.

ثبت کنید:

- نوع گاز در صورت اطلاع
- محل حادثه
- بسته بودن یا باز بودن محیط
- حضور سایر مصدومان
- تهویه محیط
- خاموش بودن یا نبودن منبع گاز
- استفاده از تجهیزات حفاظت فردی توسط تیم

همچنین ثبت شود:

- مدت تقریبی قرار گرفتن در معرض گاز
- کاهش سطح هوشیاری
- سردرد
- تهوع
- استفراغ
- تشنج
- اشباع اکسیژن (با این توضیح که در مسمومیت با مونوکسیدکربن ممکن است SpO_2 طبیعی کاذب باشد)

اقدامات

- خروج بیمار از محیط آلوده
- اکسیژن با غلظت بالا
- انتقال سریع

بخش سوم: برق گرفتگی

ثبت شود:

- برق فشار ضعیف یا قوی
- جریان AC یا DC (در صورت اطلاع)
- تماس مستقیم یا غیرمستقیم
- مدت تماس
- محل ورود و خروج جریان
- سقوط پس از برق گرفتگی
- بیهوشی
- ایست قلبی
- سوختگی‌ها
- درد عضلانی
- ECG و مانیتورینگ

بخش چهارم: غرق شدگی

ثبت شود:

- محل حادثه (استخر، رودخانه، دریا، چاه و...)
- مدت تقریبی غوطه‌وری (در صورت اطلاع)
- آب شیرین یا شور (در صورت اطلاع)
- چه کسی بیمار را خارج کرده است.
- آیا CPR قبل از رسیدن آغاز شده بود؟
- وضعیت تنفس و هوشیاری
- دمای تقریبی بدن (در صورت امکان)

اقدامات

- اکسیژن
- ساکشن
- گرم کردن بیمار

- مانیتورینگ
- CPR (در صورت نیاز)
- بخش پنجم: سوختگی

ثبت شود:

علت سوختگی

- شعله
- مایع داغ
- بخار
- مواد شیمیایی
- برق
- انفجار

وسعت سوختگی

در صورت امکان، درصد تقریبی سطح سوختگی (TBSA) ثبت شود.

عمق سوختگی

- سطحی
- ضخامت نسبی
- تمام ضخامت

(در صورت امکان و بر اساس یافته‌های بالینی، بدون ادعای تشخیص قطعی)

محل سوختگی

ثبت دقیق محل:

- صورت

- گردن
- قفسه سینه
- اندامها
- پرینه

آسیب استنشاقی

وجود یا عدم وجود:

- سوختگی صورت
- سوختگی موی بینی
- دوده در دهان
- گرفتگی صدا
- تنگی نفس

اشتباهات رایج

- ✗ نوشتن فقط «مسمومیت».
- ✗ ثبت نکردن زمان مصرف.
- ✗ ثبت نکردن نوع ماده.
- ✗ ثبت نکردن وضعیت صحنه در گازگرفتگی.
- ✗ ثبت نکردن ECG در برق گرفتگی.
- ✗ ثبت نکردن مدت غوطه‌وری در غرق‌شدگی.
- ✗ ثبت نکردن درصد تقریبی سوختگی.

نکات حقوقی

- در مسمومیت‌ها، بسته دارو، ظرف سم یا برچسب ماده (در صورت امکان و بدون دستکاری غیرضروری) می‌تواند اطلاعات مهمی برای تیم درمان فراهم کند؛ اگر همراه بیمار به بیمارستان ارسال شده است، این موضوع در گزارش ثبت شود.
- در گازگرفتگی، اقدامات انجام‌شده برای ایمن‌سازی صحنه و خروج بیمار از محیط آلوده مستند گردد.
- در برق‌گرفتگی، اگر سقوط یا آسیب ثانویه رخ داده است، علاوه بر خود برق‌گرفتگی ثبت شود.

- در سوختگی، وجود یا عدم وجود علائم آسیب راه هوایی اهمیت ویژه‌ای دارد.
- در غرق‌شدگی، منبع اطلاعات مربوط به مدت غوطه‌وری (بیمار، شاهد یا همراه) ذکر شود.

نکات اختصاصی گزارش‌نویسی در سایر مأموریت‌ها

۱- زایمان و نوزاد

در این مأموریت‌ها حتماً موارد زیر ثبت شوند:

- سن بارداری
- تعداد بارداری و زایمان (در صورت اطلاع)
- زمان شروع دردها
- زمان پارگی کیسه آب
- رنگ مایع آمنیوتیک
- زمان تولد نوزاد
- وضعیت نوزاد در بدو تولد (تنفس، گریه، رنگ پوست)
- اقدامات انجام‌شده برای مادر و نوزاد
- خونریزی پس از زایمان
- خروج یا عدم خروج جفت
- وضعیت هنگام تحویل به بیمارستان

۲- تشنج

موارد مهم:

- زمان شروع و پایان تشنج
- نوع تشنج
- اولین یا سابقه قبلی
- آسیب حین تشنج
- بی‌اختیاری ادرار یا گاز گرفتن زبان
- سطح هوشیاری پس از تشنج
- قند خون
- داروهای تجویز شده و پاسخ بیمار

۳- تنگی نفس

ثبت شود:

- زمان شروع علائم
- سابقه آسم، COPD یا نارسایی قلبی
- وضعیت تنفس (نشسته، خوابیده)
- صداهای ریوی
- اشباع اکسیژن
- اکسیژن تراپی یا نبولایزر
- پاسخ بیمار به درمان

۴- دیابت

ثبت شود:

- قند خون اولیه
- نوع دیابت
- انسولین یا داروهای مصرفی
- آخرین وعده غذایی
- سطح هوشیاری
- درمان انجام شده
- قند خون مجدد پس از درمان

۵- آنافیلاکسی

ثبت شود:

- عامل احتمالی حساسیت
- زمان تماس با آلرژن
- علائم پوستی
- تورم راه هوایی
- خس خس سینه
- افت فشار خون
- زمان و دوز اپی نفرین
- پاسخ بیمار

۶- بیماران کودکان

ثبت شود:

- وزن تقریبی
- علائم حیاتی متناسب با سن
- وضعیت تغذیه
- واکسیناسیون (در صورت اهمیت)
- همراه قانونی کودک
- وضعیت کودک هنگام تحویل

۷- سالمندان

ثبت شود:

- وضعیت عملکرد قبل از بیمار
- سابقه بیماری‌های مزمن
- داروهای مصرفی
- مصرف داروهای ضد انعقاد
- احتمال سقوط
- وضعیت شناختی و هوشیاری

۸- حوادث با مصدومان متعدد (MCI)

ثبت شود:

- تعداد تقریبی مصدومان
- نوع حادثه
- زمان اعلام MCI
- نحوه تریاژ
- برچسب تریاژ هر بیمار
- بیمارستان مقصد هر مصدوم
- درخواست منابع کمکی

۹- انتقال بین بیمارستانی

ثبت شود:

- تشخیص اولیه بیمارستان مبدأ
- علت انتقال
- وضعیت بیمار قبل از انتقال
- تجهیزات و داروهای حین انتقال
- تغییرات وضعیت بیمار
- وضعیت هنگام تحویل

۱۰- فوت در منزل یا مأموریت‌های قضایی

ثبت شود:

- زمان رسیدن
- وضعیت صحنه
- علائم قطعی مرگ (در صورت وجود)
- حضور پلیس یا مقام قضایی
- وضعیت جسد بدون جابه‌جایی غیرضروری
- نحوه تحویل صحنه به مراجع ذیصلاح

چک‌لیست طلایی گزارش‌نویسی

قبل از بستن هر گزارش، این ۱۰ سؤال را از خود بپرسید:

- ✓ علت اصلی تماس ثبت شده است؟
- ✓ شرح حال کامل نوشته شده است؟
- ✓ تمام علائم حیاتی ثبت شده‌اند؟
- ✓ یافته‌های معاینه کامل هستند؟
- ✓ تمام اقدامات با زمان ثبت شده‌اند؟
- ✓ پاسخ بیمار به درمان نوشته شده است؟
- ✓ وضعیت بیمار هنگام تحویل ثبت شده است؟
- ✓ در صورت عدم انجام اقدامی، علت آن ذکر شده است؟

- ✓ امتناع از درمان یا انتقال (در صورت وجود) کامل مستندسازی شده است؟
- ✓ آیا اگر این گزارش پنج سال بعد در دادگاه بررسی شود، از عملکرد شما دفاع می‌کند؟

جمع‌بندی

گزارش‌نویسی در اورژانس پیش‌بیمارستانی صرفاً ثبت چند عدد و اقدام درمانی نیست؛ بلکه مستندسازی علمی، اخلاقی و حقوقی تمام روند مراقبت از بیمار است. یک گزارش دقیق، علاوه بر کمک به ادامه درمان در بیمارستان، از کارشناس اورژانس در برابر ابهامات و شکایات احتمالی نیز حمایت می‌کند و نشان‌دهنده کیفیت و حرفه‌ای بودن خدمات ارائه‌شده است.



مجموعه ۳ جلدی

کیس ریپورت های اورژانس

مجموعه کیس ریپورت

فهرست

PDF

10 کیس ریپورت به همراه سوال و جواب تشریحی

تألیف توسط مجموعه EMSSHOP115

مجموعه کیس ریپورت

فهرست

PDF

10 کیس ریپورت به همراه سوال و جواب تشریحی

تألیف توسط مجموعه EMSSHOP115

مجموعه کیس ریپورت

فهرست

PDF

10 کیس ریپورت به همراه سوال و جواب تشریحی

تألیف توسط مجموعه EMSSHOP115

حاوی ۳۰ کیس ریپورت

شامل سوالات تستی و تشریحی

به همراه جوابهای کاملاً تشریحی

حاوی نکات ویژه

مخصوص دانشجویان فوریت های پزشکی

منبع عالی برای آزمون کارشناسی و استخدامی فوریت

فروشگاه اینترنتی EMSSHOP115 توسط پرسنل حرفه ای در زمینه فروش و خدمات تجهیزات پزشکی و اورژانس فعالیت می کند. هدف ما ارائه خدماتی حرفه ای در زمینه اورژانس و فروش محصولات پزشکی با کیفیت بالا و استاندارد جهانی می باشد. خرید محصول اصل، خدمات رسانی ۲۴ ساعته آنلاین، قیمت عالی محصولات، خدمات و پشتیبانی کالا از جمله سرویس هایی است که در راستای اهداف مشتری مداری فروشگاه است. جهت دریافت فایل های آموزشی بیشتر و دانلود رایگان جزوات، نکات استخدای و فایل های مرتبط با فوریت های پزشکی به وبسایت ما به آدرس زیر سر بزنید:

<https://emsshop115.com/fa>

در صورت داشتن هرگونه انتقاد، پیشنهاد و یا سوالی، می توانید از طریق شماره زیر در [تلگرام](#)، [رویکا](#) و یا [واتساپ](#) با ما در ارتباط باشید: ۰۹۱۹ ۳۱۵ ۶۲۵۲

قسمت های جدید جزوات آموزشی در [سایت](#) و [کانال تلگرام](#) منتشر خواهد شد. جهت باخبر شدن از زمان انتشار جلد های بعدی، در کانال تلگرام مجموعه و یا سایت ما عضو شوید.

لینک خرید جلد اول کیس ریپورت ها: [کلیک کنید](#)

لینک خرید جلد دوم کیس ریپورت ها: [کلیک کنید](#)

لینک خرید جلد سوم کیس ریپورت ها: [کلیک کنید](#)

تهیه شده توسط گروه آموزشی EMSSHOP115