



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
مرکز هدایت عملیات و بحران دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات درمانی
فرم گزارش حوادث ویژه روز : مورخ :

فرم الف ۹

۱	مورد حادثه :	۹	اطلاعات آمبولانس های اعزام شده توسط اورژانس و سایر سازمانها :			
۲	محور و آدرس مکان وقوع حادثه :		نام پایگاه یا سازمان	زمان اعلام مأموریت	مدت زمان رسیدن	فاصله پایگاه تا محل
۳	طول جغرافیایی : عرض جغرافیایی :		۱			
۴	زمان احتمالی حادثه : زمان اولین تماس :		۲			
۵	نحوه اطلاع EOC از حادثه : ☐ ۱۱۵ ☐ پلیس ☐ بیمارستان ☐ هلال احمر ☐ مراکز بهداشتی ☐ سایر		۳			
			۴			
			۵			
۶	تعداد مصدومین منتقل شده توسط : ☐ مراکز بهداشتی درمانی ☐ آمبولانس اورژانس ☐ آمبولانس سایر سازمانها ☐ امداد هوایی ☐ وسایل نقلیه شخصی ☐ هلال احمر	۶				
		۷				
		توضیحات :				
۷	تعداد کل مصدومین و فوتی : مصدومین : فوتی : درمان سرپایی : فوت قبل از رسیدن ۱۱۵ : فوت در حضور ۱۱۵ : فوت در بیمارستان :	۱۰				
			اعزام به بیمارستان :			
			فوت در بیمارستان :			
۸	نام بیمارستان ها یا مراکز درمانی پذیرش دهنده مصدومین با تفکیک تعداد پذیرش :	۱۱	ساعت و تاریخ ارسال : نام و نام خانوادگی مسئول EOC : نام و نام خانوادگی دریافت کننده در مقصد : مهر و امضاء :			