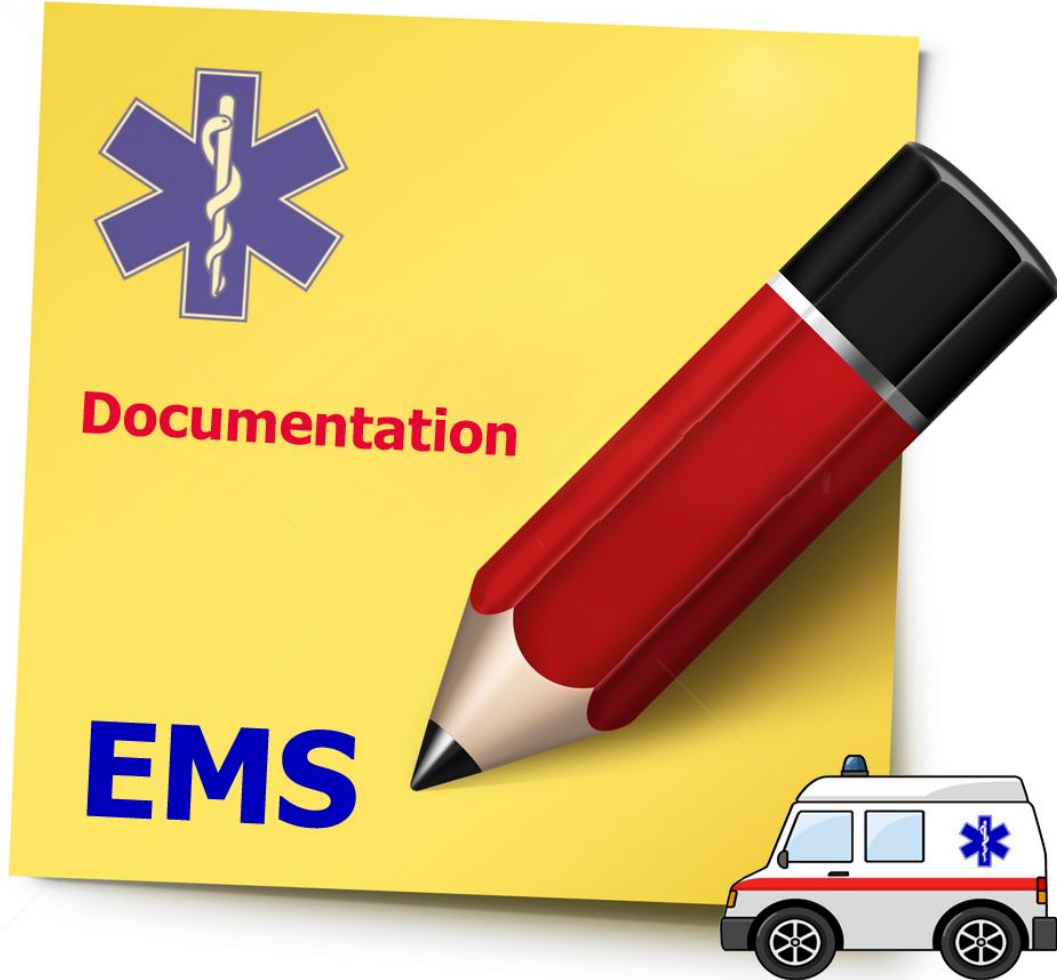


به نام خدا

دستور العمل ثبت فرم اورژانس پیش بیمارستانی



گردآورندگان:

عباس عابدی - مسعود پیرحاجی

دستورالعمل پر کردن فرم ماموریت اورژانس

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، علایم حیاتی بیمار و اقدامات درمانی انجام می شود. گاهی این فرم تنها مستندات موجود در مورد بیمار برای ادامه درمان یا حمایت از وی می باشد. خصوصاً زمانی که بیمار قادر به صحبت کردن نبوده یا همراه و آشنایی ندارد. از طرفی این فرم یکی از اسناد قابل ارائه به محاکم قضایی می باشد. باید یادآور شد که بهترین حامی پرسنل در دعاوی قضایی و حقوقی، گزارش دقیق و صحیحی است که به موقع نوشته شده و تکمیل گردد. دادگاه دو قانون مهم را در رابطه با مستند سازی در نظر دارد:

۱- عملکرد ثبت نشده یعنی انجام نشده

۲- 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 به آنچه پرسنل اورژانس ۱۱۵ ثبت کرده اند می باشد اما این دلیل هیچ گاه توجیهی برای درست انجام ندادن ثبت نمی شود و باید دانست که این فرم یکی از اسناد پرونده بیمار بوده و توسط ناظران و دادگاه بصورت موشکافانه بررسی می شود.

با توجه به تغییر شکل و ساختار فرم ماموریت‌های اورژانس لازم است در خصوص قسمت‌های جدید این فرم و اهمیت هر کدام در امر ثبت مطلع باشید. 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. با توجه به اینکه مقدمه ثبت صحیح فرم ماموریت اورژانس، انجام صحیح ارزیابی، تشخیص و درمان می باشد لذا در توضیح هر آیتم روش صحیح انجام آن نیز آورده شده است.

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. لذا 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 یا مطالبی که بیمار آنها را در اختیار شما قرار می دهد.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 دعوی 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 مستقری یک فرم پر کنید.
- در فرم ماموریت اورژانس برای موارد شایع قسمتهایی بصورت تیک خور تعریف شده و برای موارد کمتر شایع جایی برای توضیح تعبیه شده که معمولا این قسمتها بعنوان سایر درج شده است.
- اگر باید بخش توضیحی فرم را پر کنید ، مطمئن شوید که چیزی را که می بینید یا انجام می دهید ، توصیف می کنید.مطمئن شوید که یافته های منفی مربوط یا مشاهدات مهم را در مورد صحنه حادثه وارد 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.در ثبت فرم ماموریت از بکار بردن کدهای رادیویی پرهیزیدو تنها از کلمات خلاصه استاندارد استفاده کنید.زیرا این کدها برای پرسنل مراکز درمانی ودعاوی 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 H.T در تشخیص اولیه بیمار می تواند Head trauma یا Hypertension تعبیر شود.
- اگر اطلاعات ماهیت حساسی دارند به منبع آنها اشاره کنید.مثلا به گفته همسرش اعتیاد دارد.
- 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.اطلاعات محرمانه ای که بیمار طی شرح حال و حین درمان بر حسب اضطرار به شما می دهد امانت بوده و شما اجازه افشای آن را بدون اجازه وی ندارید.(مگر موارد جرم و جنایت که افشای آن لازم باشد)
- کلیه اظهارات بیماران و سایرین (نقل قول) را هنگام ثبت در داخل گیومه قرار دهید.
- زمانی که گزارش مربوط به مراقبت از بیمار را تکمیل می کنید ، بهتر است کلیه اطلاعات حیاتی به همراه اطلاعات حاشیه ای بدست آمده از اعضای خانواده و یا شاهدین صحنه ثبت گردند.بیان هر عبارتی که می تواند روی روند مراقبتهای بعدی بیمار تاثیر داشته باشد ضروری است.به عنوان مثال مکانیسم آسیب ، رفتار بیمار، تلاشهای اولیه برای کمک به بیمار توسط اطرافیان یا دیگر نیروهای امدادی و درمانی و اطلاعات قابل توجه برای بازرسان جنایی و اموال بدست آمده از بیمار در صحنه حادثه.

موارد نامربوط در فرم ماموریت:

چنانچه قسمتی از فرم ماموریت با وضعیت بیمار یا مصدوم تطابق ندارد یعنی نیاز به پرکردن این قسمت نیست باید روی این قسمت با کشیدن خطی مورب آنرا را از فرم حذف کنید.مثلا برای بیمار تصادفی پر کردن قسمت حوادث غیر مرتبط با حمل و نقل جزء موارد نا مرتبط بوده و باید روی آن خطی مورب کشید. دقت کنید که گذاشتن علامت منفی در کنار این آیتم ها یا نوشتن کلمه ندارد یا ۷۴-۱۰ صحیح نمی باشد و ممکن است توسط دیگران دیده نشود یا اطلاعات مخدوش گردد.

علل حوادث	
حوادث مرتبط با حمل و نقل	حوادث مرتبط با حمل و نقل
وضعیت مصدوم	وضعیت مصدوم
وسیله نقلیه	وسیله نقلیه
۱) جاده ای:	۱) جاده ای:
۲) راهنده	۲) راهنده
۳) سرشین	۳) سرشین
۴) نامشخص	۴) نامشخص
۵) سایر	۵) سایر
نوع تصادف:	نوع تصادف:
تاریخچه دارویی مصدومی	تاریخچه پزشکی بیمار
بیماری های قلبی	آسم
تغییرات فشار خون	سکته مغزی
سوء مصرف مواد	روانی
معلولیت	سابقه تروما
حساسیت دارویی یا دیگر نام:	سابقه جراحی
	مشکلات گوارشی
	مشکلات کلیوی
	عصرخ
	بیماری های عفونی
	دیابت
	سابقه بدخیمی
	بیماری های خاص
	زردی
	سایر

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.مهمتر از آن اینکه مخدوش کردن اطلاعات ممکن است باعث مراقبت نامناسب بیمار گردد. 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:	بشمید ترکر ترکیان
سن:	۳۵
آدرس محل فوریت:	خمینی شهر بلوار القدير
موقعیت جغرافیای محل فوریت:	طول جغرافیایی: □□□□□□ عرض جغرافیایی: □□□□□□
محل رخداد فوریت:	درون شهری: <input checked="" type="checkbox"/> بیرون شهری: <input type="checkbox"/>
جنس:	میلیت: <input checked="" type="checkbox"/> برای <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>
مونت:	<input type="checkbox"/>
مذکر:	<input checked="" type="checkbox"/>
نامشخص:	<input type="checkbox"/>

تاریخ: ۹۳/۵/۳
محل: کلینیک عابدی
تخصص: فوق تخصص اورژانس

به این دلیل که در اکثر موارد ملاک ادامه درمان بیمار و ارزیابی علایم حیاتی وی در بیمارستان مواردی است که شما در 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 و اعلام موارد مصرفی برای فوتی 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 فرمان هماهنگی لازم انجام شود.

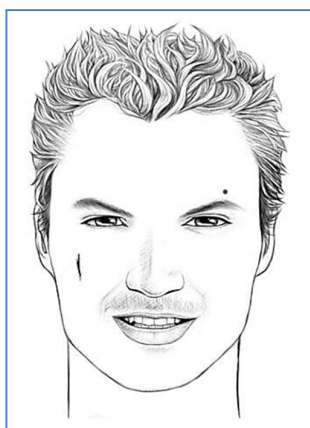
در ادامه به توضیح قسمتهای مختلف فرم ماموریت اورژانس می پردازیم:

نام و نام خانوادگی بیمار:

ملاک در ثبت نام و نام خانوادگی افراد آن چیزی است که در شناسنامه فرد (یا کارت شناسایی برای اتباع خارجی) ثبت شده نه نام مستعار، اما لازم نیست حتما از بیمار در صحنه حادثه کارت شناسایی درخواست کنید. در صورتیکه بیمار دچار کاهش هوشیاری بوده و نمی تواند به سوالات شما پاسخ دهد بهتر است بدنبال کارت شناسایی وی باشید. در صورتیکه افراد حاضر در صحنه با تردید نام و مشخصات فرد را ذکر می کنند بهتر است کنار نام وی بنویسید به گفته افراد حاضر در صحنه یا کلمه "احتمالا" را در کنار نام وی قید کنید.

در برخی از ماموریت ها مانند تصادفات مشخصات بیمار غیر واقعی (عمد یا غیر عمد) عنوان می شود یا نام غیر شناسنامه ای بیمار ذکر می گردد که ممکن است بعدا همراهان بیمار به پایگاه اورژانس مراجعه نموده و درخواست تغییر نام و مشخصات را داشته باشند، در این موارد افراد مراجعه کننده را برای اصلاح نام و مشخصات بیمار به شبکه بهداشت و درمان قسمت معاونت درمان ارجاع نمایید.

برای مصدومین بدون مشخصات و افرادی که هیچ مدرکی شناسایی یا همراهی ندارند باید کلمه ناشناس نوشته شود و بهتر است به جنبه های ظاهری آنها در نوشتن مشخصات توجه بیشتری بشود زیرا در برخی حوادث (مانند تصادف اتوبوس) ممکن است با چند مصدوم شبیه به هم و بدون مشخصات مواجهه شوید (مثلا ۲ مرد حدودا ۲۵



ساله) و پیگیری امورات قانونی و حقوقی آنها در آینده با مشکلاتی همراه گردد. بنابراین توصیه پزشکی قانونی برای نوشتن مشخصات افراد مجهول الهویه از علائم 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 سیبیل کم پشت می باشد.

آدرس محل فوریت :

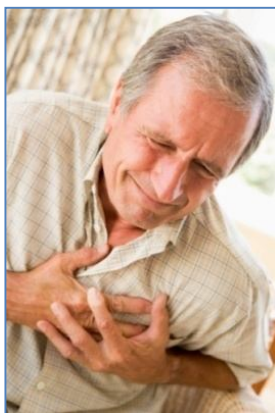
بهتر است آدرسی که از طرف اتاق فرمان در ابتدای ماموریت اعلام می شود در این قسمت ثبت گردد. در صورت مغایرت آدرس محل حضور مصدوم با آدرس اعلام شده از طرف اتاق فرمان، بهتر است آدرس صحیح (آدرس فعلی) در این قسمت نوشته شود. در صورت مشاهده شخص راهنما در مسیر سریعاً مراتب را به اطلاع اتاق فرمان برسانید تا در صورت 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 ماموریت های 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.

شکایت اصلی: (C.C)

C.C در واقع مخفف Chief Complaint یا شکایت اصلی می باشد. در این قسمت بایستی شکایت اصلی بیمار که



در حال حاضر برای آن به اورژانس زنگ زده اعلام شود. مثلاً بیمار قلبی الان مشکل اصلیش درد قفسه سینه است. یا برای بیمار دچار سکنه 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. 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 (C.C)

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 فرمان ، می توانید در ابتدای شیفت می توانید ساعت آمبولانس (یا ساعت تلفن همراه یا ساعت مچی خود) را با ساعت اتاق فرمان 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.

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 نینید)

به محض ورود به آمبولانس و اعلام ۱۰۱۰ بایستی زمان حرکت به سوی محل حادثه ثبت گردد. زمانیکه پیام رسیدن به محل یا حرکت از محل را به اتاق فرمان اعلام کردید حتما از شنیدن پاسخ اتاق فرمان مطمئن شوید و در صورت نیاز پیام خود را تکرار کنید. زیرا زمان دریافت پیام از طرف پرسنل اتاق فرمان در فرم آنها ثبت می گردد و چنانچه شما این زمان را در فرم خود ثبت نکرده باشید (مثلا برای ماموریتی با بیمار ۹۹-۱۰) می توانید در پایان از اتاق فرمان زمان دقیق را سوال کرده و در فرم خود درج کنید.

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 (طلای سفید) متمرکز شود.

بنابر توصیه انجمن طب اورژانس ایران (isem.ir)، اساس برخورد در بیماران قلبی، آغازرپه سریعتر درمان از لمظه ورود بر بالین بیمار می باشد. بر خلاف بیمار قلبی، اساس اقدامات پیش بیمارستانی در تروما، انتقال هر چه سریع تر و ایمن تر بیمار به مراکز تروماست (خصوصا وقتی بیمار دچار ترومای شدید می باشد).

نوع محل فوریت:

گاهی در مورد یک بیمار و حادثه رخ داده تنها اطلاعات موجود فرم نوشته شده اورژانس می باشد که تعیین می



کند بیمار یا مصدوم در لحظه حادثه در کدامیک از این مکانها قرار داشته است. بطور مثال یکی از 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. یا حوادث ورزشی در ورزشگاهها و مکانهای ورزشی که با توجه به پوشش بیمه ورزشکاران قید مکان ، حادثه حائز اهمیت می باشد.

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 و فرعی در مورد معابر ترافیکی برخورد می کنید که در زیر تعریف هر کدام آورده شده است.

معابر ترافیکی:

آزاد راه:



به راهی گفته می شود که حداقل دارای دو خط اتومبیل رو و یک شانه حداقل به عرض ۳ متر برای هر طرف رفت و برگشت بوده و دوطرف آن به نحوی محصور بوده و در تمام طول آزادراه از هم کاملا مجزا باشد و ارتباط آنها با هم تنها به وسیله راه های فرعی که از زیر یا بالای آزادراه عبور کند تامین شود و هیچ راه دیگری آن را قطع نکند.



بزرگراه: راهی است که مسیر رفت و برگشت آن از یکدیگر مجزا است و در هر سمت حرکت حداقل دارای دوخط عبور باشد.

راه اصلی:

راهی که ساختمان آن طبق نقشه و مشخصات مورد قبول برای راه اصلی انجام شده باشد. عرض آسفالت این راه ۷/۳۰ متر و عرض شانه‌های آن ۱/۸۵ × ۲ تا ۲×۲ می‌باشد.

راه فرعی:

راهی است که عرض آن ۸ متر و معمولا در عرض ۶/۵ متر آسفالت می‌باشد.

راه روستایی:

به راهی اطلاق می‌شود که ارتباط مراکز تولید روستایی و اتصال آن به راه‌های فرعی و اصلی کشور را برقرار کند. این گونه راه‌ها، ارتباط روستاهای مختلف یک دهستان و یا مراکز دهستان‌ها با یکدیگر را برقرار می‌سازد.

علائم همراه بیمار:

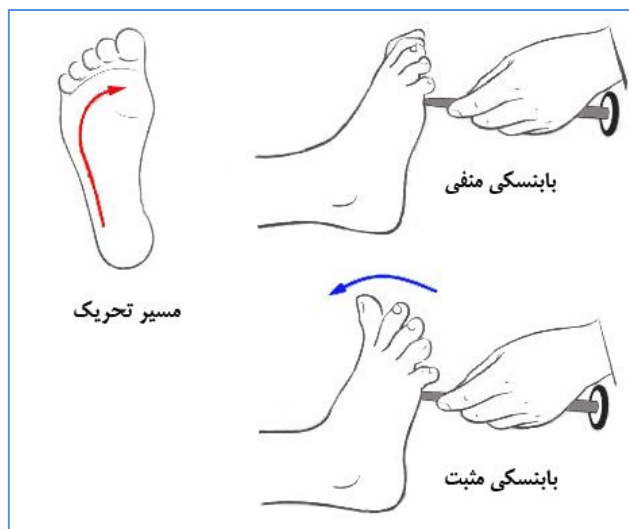
علائم همراه در حین ارزیابی بیمار، گرفتن شرح حال و معاینه بیمار بدست می‌آید و ممکن است در زمان حادثه تا رسیدن به مرکز درمانی تشدید پیدا کند یا تخفیف یابد و یا کلا از بین برود که البته ثبت تغییرات آنها نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. مهمترین این علائم عبارتند از:

تنگی نفس، درد قفسه سینه، تعریق، سرگیجه، اسهال، استفراغ، اختلال حسی و حرکتی، فراموشی بعد از ضربه یا PTA (Post Traumatic Amnesia). علائم مهم دیگر بعد از ضربه می‌تواند شامل این موارد باشد که بهتر است بدلیل تاثیر در ادامه درمان حتما در فرم ثبت گردد.

- 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 سکنه 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 و 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 زیرمهم است:

۱- گروههای پر خطر مانند بیمار نوزاد یا سالمند (بدلیل دهیدارتاسیون)

۲- مسمومیت

۳- 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. ممکن است در

بیمار علامتی را بیابید که بسیار مهم است اما در فرم جایی برای تیک زدن ندارد. این موارد را در قسمت سایر موارد ذکر کنید.

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 علائم 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 قبلا 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 فرمان بدست می آید. بهتر است زمانیکه به تشخیص مناسبی در نوع بیماری دست پیدا نمی کنید با پزشک یا کارشناس اتاق فرمان مشاوره نمایید یا در فرم ماموریت کلمه "احتمالا" را در کنار نوع تشخیص بنویسید. تعدادی از ماموریت‌های اورژانس مربوط به موارد روحی-عصبی می باشد که در آن بیمار دارای علائم جسمی بوده ولی این علائم با توجه به معاینه فیزیکی قابل توجه نیست. 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 پاراکلینیکی دارد. لذا 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: Conversion disorder

اختلال مشخص با وجود یک یا دو علامت نرولوژیک مانند فلج و نابینایی که با یک اختلال عصبی یا طبی شناخته شده قابل توجیه نیست. 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. از دیگر نشانه های اختلال تبدیلی عبارتند از:

- 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.
- رابطه زمانی نزدیک بین علائم و استرس یا هیجان شدید وجود دارد. شروع یا تشدید علائم بدنال 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.

علائم حیاتی بیمار:**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. ضمن اینکه 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 یا Blood Pressure

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 و در صورت هیپرتنشن (افزایش فشار خون) یا هیپوتنشن (افت فشار خون) حداقل یک مرتبه دیگر حین انتقال بیمار به مرکز درمانی فشار خون را اندازه گیری نمایید و با درج زمان در کنار آن فشار خون را ثبت کنید. در اطفال بالای ۳ سال فشارخون را اندازه گیری کنید و برای آنها حتما فشارسنج 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 مچ دست (رادپال) 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 O₂ Sat (میزان اشباع هموگلوبین خون از اکسیژن)

یکی از موارد قابل استفاده در کنترل علائم حیاتی بیمار میزان O₂ Sat می باشد. در واقع این عدد میزان اشباع هموگلوبین را نشان می دهد. عدد طبیعی O₂ Sat 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. زمانیکه برای بیمار هیپوکسیک (O₂ Sat < 95%) از کسپژن استفاده می کنید ضمن ثبت میزان اولیه، حتما میزان اشباع ثانویه را هم در فرم ذکر کنید. 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.

نکته: در صورت امکان بیماران یا مصدومین در طی انتقال به مرکز درمانی بایستی از نظر تعداد ضربان و O₂ Sat مانیتورینگ شوند.

کنترل دمای بدن

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

- ۱- سابقه جراحی، عفونت و تب اخیر (مانند عفونت سیستم تنفسی)
- ۲- کودکان و نوزادان بدلیل خطر تشنج بدنبال تب
- ۳- احتمال عفونت سیستم عصبی (مننژیت) در بیمار
- ۴- گرمزدگی

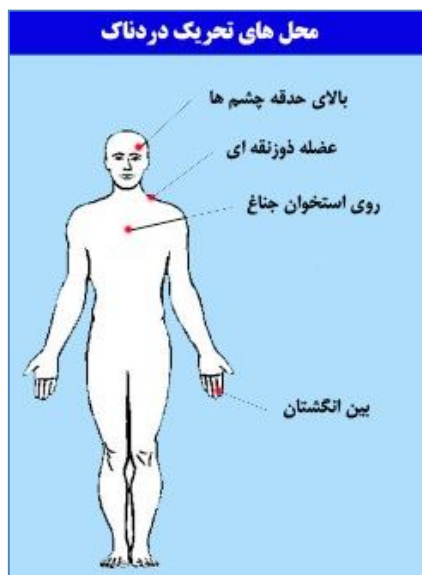
در ثبت دمای بدن به روش اندازه گیری دما (زیر زبانی، زیر بغلی، مقعدی) اشاره کنید.

GCS مخفف glasgow coma scale می باشد. با توجه به تغییرات انجام شده در جدول ارزیابی هوشیاری ، در کنار این قسمت در فرم ماموریت، راهنمای تعیین نمره هوشیاری بیمار بر اساس سه آیتم بازکردن چشم، پاسخ کلامی و پاسخ حرکتی آورده شده است. در زمان بررسی سطح هوشیاری به تفاوت‌های نحوه ارزیابی کودکان و بزرگسالان، توجه نمایید.

جدول کمای گلاسگو

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

از دیگر موارد تحریک دردناک پذیرفته شده و قابل قبول که میتواند در شرایط پیش بیمارستانی بکار گرفته شود عبارتند از:

۱- فشار بین انگشتان دست

۲- 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.



■ دکورتیکه



■ دسریره

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. بهتر است که فشار شما در کنار بستر ناخن

انگشت بیمار به سمت پائین اعمال شود تا در مرکز ناخن بیمار (درست مثل زمانیکه می خواهید زمان پرشدگی مویرگی بیمار را بررسی کنید).

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

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

۱- اندازه مردمک ها

۲- موقعیت مردمکها در چشم

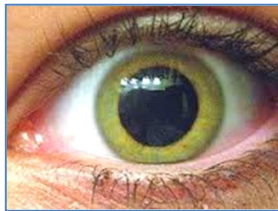
۳- پاسخ مردمکها به تاباندن نور

نحوه بررسی پاسخ مردمک به نور:

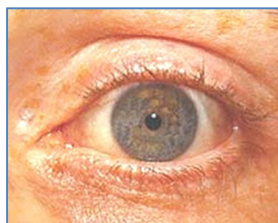
برای بررسی باید در یک محیط تاریک ، به چشم بیمار نور بتابانید. در یک محیط روشن چشم را با دست خود بپوشانید. هر دو مردمک باید پاسخ هم زمان و مساوی نسبت به نوری که در هر یک از این دو تابیده شده داشته باشد که به آن رفلکس همزمانی نامیده می شود. وقتی به یک چشم نور می تابانید ، واکنش مردمک دیگر را



بررسی کنید. سپس یک بار دیگر به چشم اول نور تابانده و واکنش مردمک آن را نیز بررسی کنید. بنابراین با تاباندن نور در هر چشم ابتدا واکنش مردمک مقابل و سپس واکنش همان چشم را بررسی کنید. 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. مردمکی که بزرگ بوده و به نور پاسخ نمی دهد دیلاته (گشاد) خوانده می شود. این حالت 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 :

در موارد زیر حتما قند خون بیمار را در مرحله ارزیابی کنترل نموده و ضمن اطلاع به اتاق فرمان در فرم ماموریت ثبت کنید:

- ۱- اختلال هوشیاری با سابقه قند خون بالا حتی در صورتیکه تحت درمان با انسولین یا قرص باشد.
- ۲- تشخیص افتراقی هیپوگلیسمی با مسمومیت (مخدر) و تشنج
- ۳- کاهش هوشیاری بدون سابقه تروما
- ۴- بی قراری صحبت‌های بی ربط بیمار
- ۵- 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:

بررسی ریه های بیمار یکی از آیتم های مهم در معاینه فیزیکی است. در برخی از موارد فوریت‌های پزشکی صدای تنفسی و سمع ریه ها 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 می کند. برخی از صداهای غیر عادی بدون سمع و بصورت واضح از بیمار شنیده می شود.

- صدای خر خر 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 صورت سمع صدای تنفسی حتما عادی یا غیر عادی بودن صدا را ثبت کنید. 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 صداها 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.

یادآوری

رال یا کراکل:

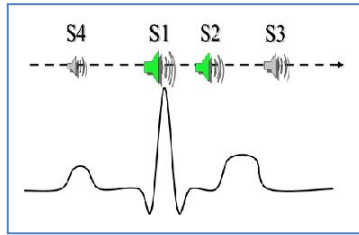
صدایی در هنگام دم که شبیه پا گذاشتن روی برف است. به علت تجمع ترشحات داخل ریه ها. مانند: ادم ریه

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

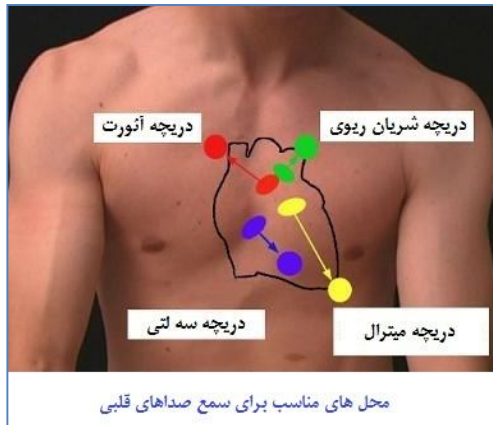
رونکای: صدای مداوم و با کیفیت زنگ دار (شبیه خرناس). بدلیل وجود ترشحات در مسیر راههای هوایی بزرگ. بیشتر در بازدم شنیده می شود.

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

بررسی قلب و عروق



سمع صدای قلبی در بیماران با سابقه مشکلات قلبی و تنفس اهمیت بیشتری دارد. صداهای اضافی یک یافته بالینی مهم در ارزیابی بیمار می باشد. صداهای



طبیعی قلب یعنی صدای اول و دوم عمدتاً در اثر بسته شدن دریچه های قلب شنیده می شود. در شرایط فیزیولوژیک در فواصل سیستول و دیاستول سکوت وجود دارد. در بیماری های بطنی ممکن است به وجود صدای اضافی در زمان سیستول و دیاستول پی برد که آنها را صداهای گالوپ اسنپ (Snap Gallup) 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 کفایت به وجود صدای اضافی اشاره کنید و نیازی به بکار بردن اصطلاحات فوق الذکر ندارد.

حوادث مرتبط با حمل و نقل:

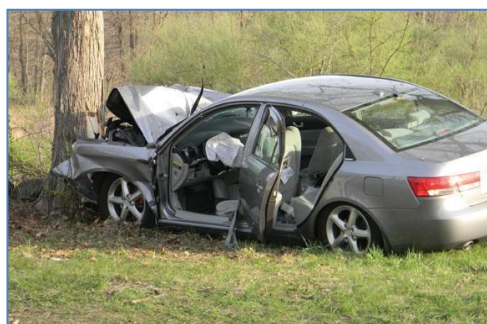
با توجه به حساس بودن حوادث مرتبط با حمل و نقل (تصادفات) از نظر خدمات بیمه و قوانین جزایی، تعیین نوع وضعیت مصدوم و وسیله نقلیه در فرم مأموریت از اهمیت خاصی برخوردار است. هر چند که مهمترین وظیفه پرسنل اورژانس در صحنه حادثه رسیدگی به وضعیت مصدومین می باشد. یک تکنسین با تجربه ضمن بررسی اولیه در صحنه حادثه 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.

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 فرمان 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 و هر گونه دخالت پرسنل اورژانس در این مورد باعث اختلال در امر امداد رسانی و بهم خوردن نظم صحنه حادثه می گردد.



چنانچه در صحنه حادثه شاهدی 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.



در این قسمت از فرم ماموریت 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.

- 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 و 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 مکانیسم آسیب، سقوط از

ارتفاعی **۲ برابر طول قد مصدوم** یک ترومای شدید محسوب می گردد. در ساختمانهای بلند از تعداد

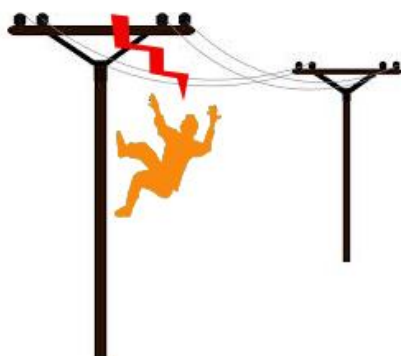
طبقات می توان ارتفاع را برآورد کرد. (هر طبقه معمولا ۳ متر)

- مسمومیت: ذکر نوع مسمومیت بسیار مهم می باشد و 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 ماموریت 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. لذا چنانچه بیمار در سوابق پزشکی خود بر مشکل خاصی که در این قسمت آورده نشده اشاره می کند حتما در قسمت سایر موارد یادداشت کنید مثلا سابقه کاهش هوشیاری ۳ روز قبل. 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

این قسمت نیز از جمله اطلاعات تکمیلی فرم می باشد که در تشخیص و درمان بیماری تاثیر زیادی دارد. در 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.

معمولاً 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 معمولاً 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.

انواع ضایعه:

در این قسمت به نوع ضایعه ناشی از حوادث (تصادف و غیر تصادف) پرداخته می شود. از نظر قانون و خصوصاً 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 مثلاً ضایعه بریدگی با پارگی تفاوت دارد و نباید اصطلاحات مشابه به جای همدیگر استفاده شود. به همین دلیل و با توجه به حساسیت موضوع در ذیل به تعریف هر کدام از این ضایعات می پردازیم:

بریدگی: Cuts



بریدگی، زخمی است که ناشی از بریده شدن پوست می باشد. بریدگی ها معمولاً زخم های مسطحی هستند که حاشیه های مشخصی دارند و به وسیله جسم برنده و تیز ایجاد می شوند.

پارگی: Laceration



پارگی را می توان به صورت زخمی با لبه های ناهموار ناشی از پاره شدن پوست تعریف نمود. پارگی ها معمولاً به وسیله نیرو یا جسم غیر نوک تیز ایجاد می شوند. همراه با زخم، کبود شدگی نیز وجود دارد.

ساییدگی: Abrasion



ساییدگی‌ها 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.

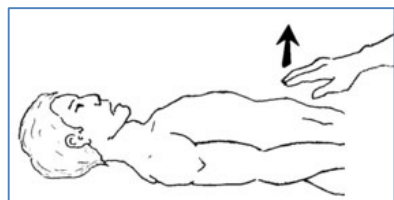


کوفتگی: Contusion

کوفتگی آسیبی است که پوست را از بین نمی‌برد و تنها کبودی ایجاد می‌کند 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 می‌باشد. در بیمار غیر پاسخگو تندرنس بصورت تغییر چهره و در هم کشیدگی صورت دیده می‌شود.



ریباند تندرنس نوعی حساسیت به برداشتن فشار از روی یک محل است مانند 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 می‌شود.

دفورمیتی: Deformity

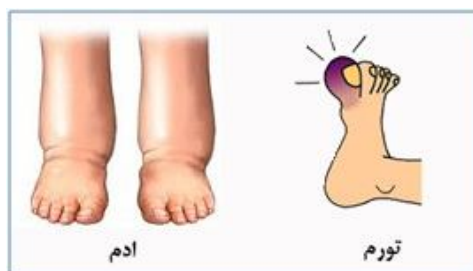


تغییر شکل یا تغییر اندازه قسمتی از بدن یا به عبارتی بد شکلی (به هم خوردن شکل اندام)

له شدگی: Crush

ضایعه ناشی از گیر افتادن تمام یا قسمتی از بدن بین دو جسم سخت به گونه ای که معمولا 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



سوراخ یا فرورفتگی بوجود آمده ناشی از برخورد جسم تیز مانند 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

در صورتیکه مصدوم خونریزی دارد ضمن تیک زدن این مورد ، به نوع خونریزی (شریانی یا وریدی) و اینکه خونریزی در حال حاضر کنترل شده یا فعال است اشاره کنید. در صورت بستن گارو 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 گرفتار 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.

هنگام ارزیابی واکنش بیمار دچار از دست دادن تکلم، در مورد عملکرد حسی یا حرکتی نباید با عجله نتیجه گیری کنید. 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 امام 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 کریپیتوس (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 خونرسانی 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 (یا جدا کردن) 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 ماموریت 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 بپیچید 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.

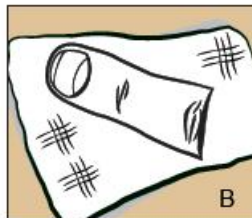
چند نکته مهم:

- هرگز عضو آمپوته را در زمان انتقال مستقیما داخل آب غوطه ور نکنید.
- هرگز عضو آمپوته را فریز نکنید.

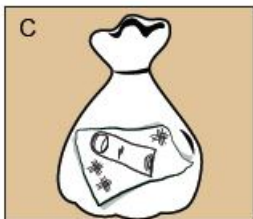
روش صحیح انتقال عضو آمپوته



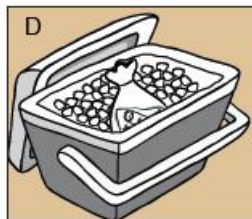
تستشو با سرم رینگر لاکتات



گذاشتن عضو داخل گاز مرطوب



گذاشتن عضو گاز پیچ شده داخل کیسه

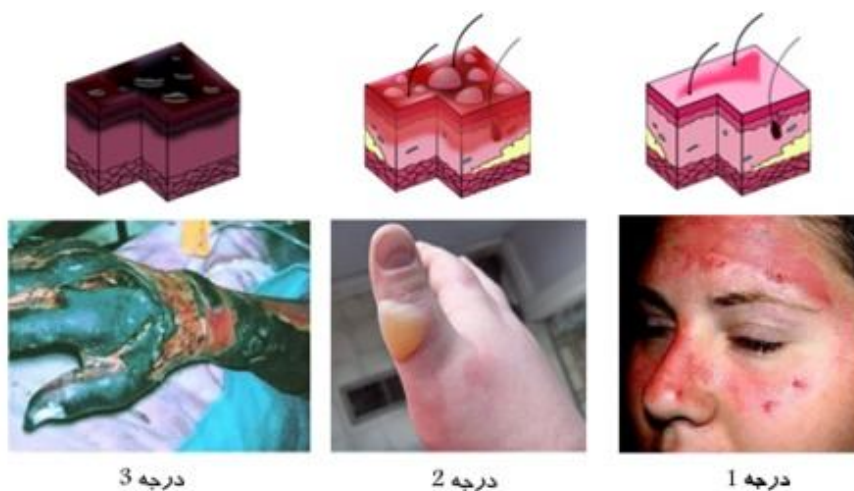


گذاشتن داخل ظرف حاوی آب و یخ

- هرگز به عضو آمپوته مواد ضد عفونی کننده نزنید.
- هر چه اندام بزرگتر باشد زودتر از بین می رود و امکان پیوندشدن 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 که درصد سوختگی میزان مساحت درگیر از بدن را تعیین می کند و درجه سوختگی به مشخصات سوختگی (عمق سوختگی) می پردازد.



درجه 3

درجه 2

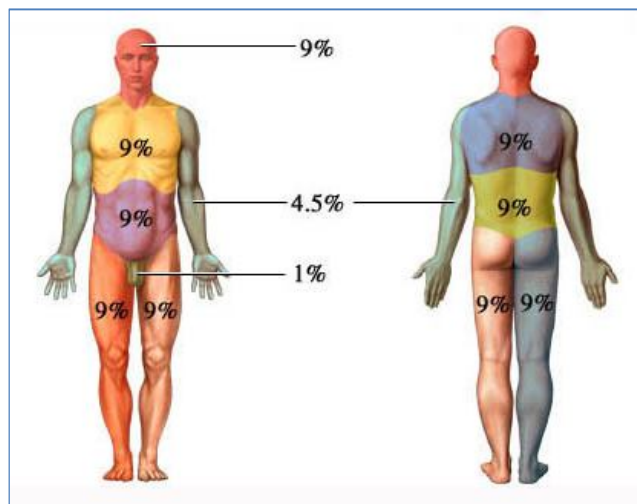
درجه 1

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

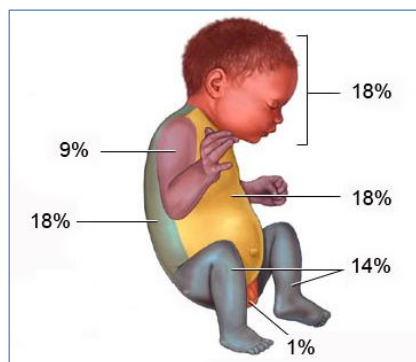
نحوه محاسبه درصد سوختگی:

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



قانون ۹ ها: Rule of nines

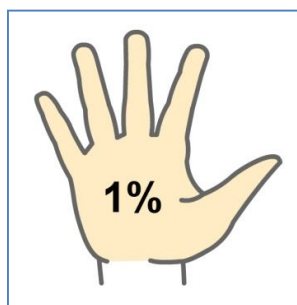
یک راه استاندارد شده برای تعیین سریع میزان سطح پوست یا درصد فضای سطحی بدن است که دچار سوختگی شده است. در این قانون سر و گردن، قفسه سینه، شکم، هر دست، جلوی پاها همگی نشانگر ۹٪ از کل سطح پوست بدن یک بزرگسال هستند. در



شیرخواران و کودکان درصدهای فضای سطحی بدن کمی متفاوت است زیرا سر در مقایسه با بقیه قسمت های بدن بزرگتر است. در شیرخواران و کودکان سر و گردن ۱۸٪ و پاها هر کدام ۱۴٪ محاسبه می گردد. این قانون بیشتر برای سوختگی های وسیع بکار می رود.

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.

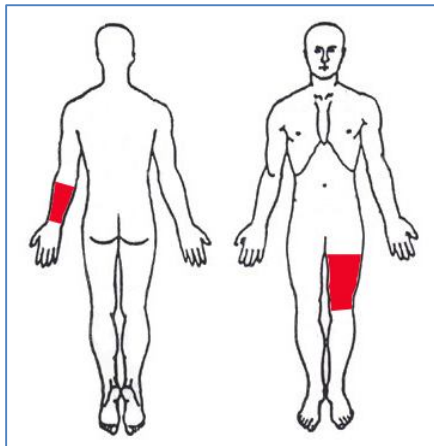


نکته مهم :

در ثبت مواردی مانند بریدگی ، پارگی ، کوفتگی، خراشیدگی و سوراخ شدگی ثبت طول ، عرض و عمق ضایعه بسیار مهم می باشد. با توجه به اینکه اندازه گیری ها برای توضیح میزان آسیب تقریبی می باشد ، در فرم ثبت ماموریت از کلمه حدوداً استفاده نمایید. بطور مثال: بریدگی بازوی راست به طول حدود ۵ سانتی متر و عمق حدود ۲ سانتیمتر.

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.

نکات مهم در ثبت اقدامات برای بیمار:

- با توجه به وجود چارت علائم 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 (I.V) برقرار کرده اید مانند خونریزی شدید و افت فشار خون حتماً به تعداد آن و رنگ یا شماره برانول اشاره کنید.
- منظور از حمایت تنفسی در قسمت اقدامات، بازکردن و حفظ راه هوایی بیمار با استفاده از مانورهایی مانند سر عقب چانه بالا (Head Tilt Chin Lift) یا کشیدن فک به سمت بالا (jaw thrust) 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 و 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
آمپول	Amp	زیر زبانی	SL
سرم	Serum	تزریق داخل عروق	IV

مثال ثبت دارو و سرم:

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

مشاره پزشکی:

در کلیه ماموریت‌های اورژانس پس از حضور بر بالین بیمار و انجام ارزیابی اولیه، کنترل علائم حیاتی و گرفتن شرح حال، با پزشک یا کارشناسان اتاق فرمان تماس بگیرید و نتیجه این تماس را در قسمت دستورات ثبت نمایید. تماس نگرفتن با اتاق فرمان و خودداری از انجام مشاوره (علی رقم امکان دسترسی) به منزله پذیرش کلیه مسئولیت‌ها اعم از تشخیص، درمان و نتیجه ماموریت توسط تکنسین می‌باشد. 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 بدلایلی 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. در کلیه مواردی که بیمار از گروه‌های پر خطر است، اولویت با انتقال به مراکز درمانی می‌باشد. البته تشخیص نهایی برای انتقال یا عدم انتقال بیمار بر عهده اتاق فرمان فوریت‌های پزشکی می‌باشد. گروه‌های پر خطر شامل:

- زنان: از زمان آغاز بارداری تا ۲ ماه بعد از زایمان

- بیمار زیر ۵ سال

- بیمار بالای ۵۵ سال

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 فرمان شهرستان با مرکز فرماندهی اورژانس استان) مطمئن شوید.

- اقدامات اولیه و توصیه به مراجعه به مرکز درمانی:

در مواردی که تشخیص بیمار جزء موارد فوریت‌های پزشکی نمی باشد با دستور اتاق فرمان، 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.

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.

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 علائم 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 فرمان 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 فرمان ، پس از اتمام ماموریت مراتب را بصورت کتبی به مسئولین اورژانس اعلام نمایند.

- عدم حضور بیمار

شامل مواردی می شود که بیمار یا بیماران محل حادثه را به هر دلیلی (تاخیر واحد امدادی ، بر طرف شدن مشکل فورتهای پزشکی یا) ترک نموده اند که 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. این ایتیم در ارتباط با قسمت براثت نامه می باشد که در جای خود بطور کامل توضیح داده شده است.

- 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:

۱- بهبودی وضعیت بیمار

۲- انتقال بیمار با وسیله شخصی

۳- اعزام یک واحد امدادی دیگر به صحنه حادثه

۴- اعزام به ماموریت دیگر

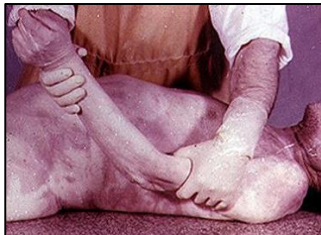
- تحویل به آمبولانس دیگر

به دلایلی از جمله نقص فنی آمبولانس ممکن است بیمار یا مصدوم در مسیر انتقال به مرکز درمانی به آمبولانس دیگری سپرده شود. تکنسین تحویل 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 تحویل کامل بیمار به همکار خود از وی بخواهید تا فرم ماموریت شما را به عنوان تحویل 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 بپردازد 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 علایم 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:



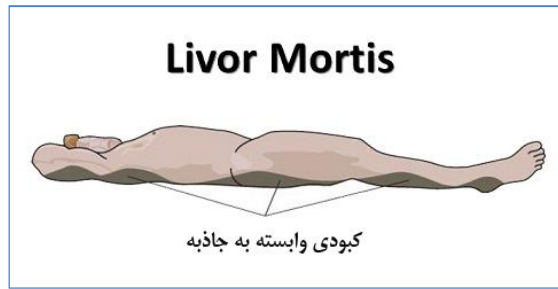
۱- جداسدن سر از بدن

۲- 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: (Livor Mortis)



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 معمولا ۳۰ دقیقه پس از مرگ دیده می شود.

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 احیای 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 فرمان 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 می کند. چنانچه عملیات احیای قلبی ریوی را برای بیمار آغاز کنید و این احیا موفقیت آمیز نباشد، فوت در حضور تکنسین اعلام می شود. اکثرا این حالت حین انتقال بیمار یا مصدوم بد حال به مرکز درمانی اتفاق می افتد 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 می شود ولی در صورت نامساعد بودن شرایط صحنه حادثه و اجبار همراهان ، جسد را با هماهنگی اتاق فرمان به مرکز درمانی انتقال دهید.

توجه داشته باشید که بیماران در حال احتضار (مانند بیمار بسیار بد حال و End Stage سرطانی) حق دارند از کلیه خدمات درمانی تا زمان مرگ استفاده کنند و هر گونه 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 لانتست (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 لذا 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 فرمان 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 فرمان 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 تاثیر الکل یا مواد مخدر و یا بیماری و جراحت 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. 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 مراقبت‌های 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 امضا برائت نامه در صورت امکان بیمار یا همراهان طی تماس تلفنی با اتاق فرمان عدم رضایت خود را بصورت شفاهی اعلام کنند.

نکته مهم: 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 فرمان 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 فرمان را درج کنید.

- بهتر است امضاء و اثر انگشت روی همدیگر نباشد تا باعث مخدوش شدن آنها نگردد.

نکات مهم جهت حفاظت از خود:

ارایه اسناد و مدارک جامع و دقیق عامل اصلی حفاظت در برابر شکایات قانونی و اتهام به درمان غفلت اهمال و ترک صحنه حادثه در هنگام امتناع بیمار از درمان می باشد. 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 آن را با صدای بلند بخواند.

- مطمئن شوید که بیمار قادر است که تصمیم آگاه و منطقی بگیرد. بیماری که از نظر روحی، روانی و جسمی آسیب دیده است احتمالا نمی تواند کلیه اطلاعات داده شده را درک کند. 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 علائم خاص تقاضای کمک کند. مثلاً بطور مشخص بگویید "اگر شما احساس درد در ناحیه قفسه سینه کردید یا در صورتیکه دردتان با قرص زیر زبانی کاهش نیافت" یا اگر همه چیز را دوتا دیدید. از استفاده 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 صحبتهایی 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 شبیه 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 صورتجلسه شود)
- موارد قابل ملاحظه در ارزیابی صحنه حادثه مثل وجود مواد مخدر یا الکل درکنار بیمار یا مشاهده وسایل استفاده از مواد مخدر
- خرابی IV بیمار یا چند بار تلاش برای رگ گیری
- نحوه تجویز اکسیژن بطور مثال: N.R. ماسک، نازال، آمبوگ، ونتیلاتور

تحویل بیمار به مرکز درمانی:

اولین مرحله در تحویل 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 Sub Acute و بیماران سطح ۵ که در واقع مشکل سرپایی دارند به fast track 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.

نکته: در صورت نیاز به انجام عملیات احیای قلبی ریوی در مرکز درمانی ، اتاق فرمان را برای انجام هماهنگی لازم و آمادگی تیم احیا مطلع سازید.

پزشک اورژانس مسئول 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 فرمان 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 امضا 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:

- ۱- کتاب اورژانس های طبی پیش بیمارستانی جلد ۱، گروه مترجم وزارت بهداشت، سال ۱۳۸۶
- ۲- کتاب اورژانس های طبی پیش بیمارستانی پایه، گروه مترجمین وزارت بهداشت، ۱۳۸۴، سیمین دخت
- ۳- پرتال جامع اطلاعات تخصصی صنعت حمل و نقل www.iranway.com
- ۴- کتاب اخلاق و مقررات حرفه ای در فوریت‌های پزشکی، عزیز شهرکی واحد و همکاران، ۱۳۸۹، نشر جامعه نگر
- ۵- دستورالعمل نظارتی اداره بازرسی و نظارت پیش بیمارستانی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان.
- ۶- Bledsoe et al., *Essentials of Paramedic Care: Division II* ©2006 by Pearson Education, Inc. Upper Saddle River, NJ
- Five Good Reasons for Better EMS Documentation BY DOUGLAS M. WOLFBURG, ESQ., AND STEPHEN R. WIRTH, ESQ. ON NOV 1, 2005 (www.emsworld.com)
- ۷- www.medical-dictionary.thefreedictionary.com
- ۸- <http://www.denverhealth.org>
- ۹- <http://www.iupui.edu>
- ۱۰- <http://www.emsworld.com>
- ۱۱- <http://healthvermont.gov>