



- همکاری کردن مددجو انجام گردد. (لزوما پرسیده شود ولی الزاما به جواب منتهی نمی شود).
۵. در صورت برقراری تماس مرتبط، علت تماس را بر اساس آخرین ویرایش دستورالعمل تریاژ تلفنی (پیوست شماره ۱۹) ارزیابی نموده و ضمن ارائه راهنمایی های لازم، اولویت وضعیت فوریت پزشکی را مشخص و حسب مورد و نیاز، درخواست اعزام آمبولانس را به واحد اعزام و راهبری آمبولانس ابلاغ می نماید.
۶. ثبت، اصلاح و دقیق نمودن آدرس با بهره گیری از سیستم لوکیشن (موقعیت جغرافیایی) انجام شود.
۷. پس از ارسال اطلاعات مأموریت به واحد اعزام و راهبری آمبولانس، مکالمه جهت تکمیل اطلاعات و انجام راهنمایی ادامه یابد.
۸. کارشناس تریاژ تلفنی بر اساس دستورالعمل تریاژ تلفنی سازمان اورژانس کشور (پیوست شماره ۱۹) راهنمایی های لازم را حسب مورد اورژانس انجام می دهد.
۹. در صورت نیاز، استفاده از مشاوره واحد هدایت عملیات پزشکی صورت پذیرد.
۱۰. در صورت تماس مجدد، تریاژ ثانویه، اخذ شرح حال جدید و ارائه راهنمایی بر اساس علائم جدید صورت پذیرد.
۱۱. تعیین حوادث ویژه، اطلاع رسانی به سوپروایزر و یا مسئول شیفت و برچسپ گذاری مأموریت بر اساس پروتکل های ابلاغی انجام گردد.

۲-۴- واحد اعزام و راهبری آمبولانس (دیسپچ)



هدف

ابلاغ فوریت دریافت شده از واحد تریاژ تلفنی به مناسب ترین آمبولانس جهت انجام مأموریت و هدایت آمبولانس تا پایان مأموریت



تعاریف

واحد اعزام و راهبری آمبولانس: واحدی است که هدایت و راهبری آمبولانس از زمان دریافت فوریت تا پایان مأموریت را انجام می‌دهد؛ این واحد وظیفه اعزام مناسب‌ترین آمبولانس عملیاتی (از نظر نوع آمبولانس و فاصله زمانی) را بر عهده دارد. همچنین پایش زمان‌های مأموریت را نیز عهده‌دار می‌باشد و در صورت لزوم مداخلات لازم را در این زمینه انجام می‌دهد.

کارشناس ارتباطات و عملیات: این رشته شغلی دربرگیرنده پست‌هایی است که متصدیان آن‌ها، در مراکز ارتباطات و فرماندهی عملیات، اموری نظیر دریافت تماس‌های مردمی، اعزام انواع وسیله نقلیه امدادی به محل حادثه یا بیمار و هدایت عملیات فوریت‌های پزشکی در شرایط متعارف و غیرمتعارف یا سرپرستی، طرح‌ریزی و هماهنگی امور مرتبط با ارتباطات و عملیات فوریت‌های پزشکی را بر عهده دارند.

اتوماسیون عملیاتی اورژانس ۱۱۵: سیستم نرم‌افزاری است که شامل ثبت و مدیریت هوشمند همه‌ی فرآیندهای عملیات از لحظه درخواست مددجو تا اتمام مأموریت به صورت الکترونیک می‌باشد؛ که هدایت، نظارت و گزارش‌گیری مأموریت را تسهیل می‌نماید.

کد: جهت سهولت و تسریع در محاورات عملیاتی و ارتباط بین آمبولانس و اداره ارتباطات به جای استفاده از واژه آمبولانس به اختصار کلمه کد بکار می‌رود و در ادامه، نامبرینگ تعریف شده در طرح کدینگ، معرف نوع و مشخصات آمبولانس می‌باشد و در فرم PCR نیز ثبت می‌گردد.

فرم گزارش مراقبت اورژانس پیش‌بیمارستانی PCR: ابزاری است طراحی شده توسط سازمان اورژانس کشور که کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی از لحظه دریافت مأموریت اقدام به تکمیل آن می‌نمایند و تمامی مشخصات مربوط به زمان، بیمار، مأموریت، ماهیت بیماری، اقدامات و تشخیص‌های درمانی و نتیجه مأموریت در آن ثبت می‌گردد. هدف از طراحی این ابزار مدیریت دانش، مستندسازی، رعایت حقوق بیمار و پرسنل عملیاتی اورژانس پیش‌بیمارستانی می‌باشد.

مسئول شیفت اداره ارتباطات: فردی از میان کارکنان اداره ارتباطات در هر شیفت که از طرف مسئول مافوق انتخاب شده تا در نبود ایشان ضمن نظارت بر حسن انجام کار، برخی وظائف را انجام داده و موارد لازم را اطلاع‌رسانی نماید.



کدینگ عملیاتی

با عنایت به اهمیت سهولت در شناسایی ناوگان و کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی در انجام مأموریت‌های محوله و برای اعلام مشخصات در اتوماسیون عملیاتی/ شبکه بیسیم/ ثبت در برگه PCR، استفاده از کدینگ عملیاتی ما را به این هدف می‌رساند. (پیوست شماره ۲۰)

حوادث ویژه: حوادث با ۳ کشته یا بیشتر و یا ۵ مصدوم/ بیمار یا بیشتر

انواع زمان در مأموریت

- مدت زمان حرکت از پایگاه: بازه زمانی اعلام مأموریت تا حرکت آمبولانس می‌باشد. این زمان ترجیحاً بر طبق اطلاعات سامانه GPS ثبت گردد.
- مدت زمان رسیدن به محل (RESPONSE TIME): مهم‌ترین شاخص زمانی است که باید از زمان تماس بیمار تا رسیدن بر بالین بیمار به دقت و ترجیحاً بر اساس داده‌های GPS ثبت گردد. در صورت عدم امکان ثبت زمان رسیدن بر بالین، زمان رسیدن به صحنه محاسبه شود.
- مدت زمان در صحنه (SCENE TIME): زمان توقف کد در محل فوریت بوده و باید به نحوی مدیریت گردد که تاخیر در انتقال بیمار به مرکز درمانی به حداقل برسد. (این زمان در حالت معمول کم‌تر از بیست دقیقه می‌باشد مگر به ضرورت‌های خاص ایمنی یا نیاز به درمان فوریتی یا اشکال در خروج از صحنه.
- مدت زمان اعزام بیمار (TRANSPORTATION TIME): زمان اعزام بیمار که از هنگام ترک محل حادثه تا تحویل به بیمارستان است. این زمان ترجیحاً بر اساس داده‌های GPS باید به دقت ثبت گردد. این زمان بویژه در اورژانس هوایی اهمیت بالایی دارد.
- مدت زمان ماندگاری در بیمارستان: مدت زمان صرف شده از لحظه رسیدن به بیمارستان تا لحظه حرکت کد از بیمارستان به سمت پایگاه

وظایف کارشناس ارتباطات و عملیات

۱. حضور فعال طبق شیفت‌های موظف، رعایت ضوابط و شئونات اداری و ارتباط صحیح با همکاران و سایر واحدها
۲. رعایت اسرار حرفه‌ای و اخلاق پزشکی
۳. پاسخ‌گویی بدون وقفه به موارد ارجاعی کارشناس تریاژ تلفنی



۴. دریافت اطلاعات مأموریت و محل مأموریت از کارشناس تریاژ تلفنی
۵. واگذاری مأموریت‌ها به نزدیک‌ترین و مناسب‌ترین کد عملیاتی در کوتاه‌ترین زمان
۶. ثبت دقیق اطلاعات مأموریت‌ها شامل تمامی زمان‌ها و اطلاعات مأموریت واگذار شده از ابتدا تا برگشت آمبولانس به پایگاه
۷. به گوش بودن تمام وقت سیستم ارتباطی شامل نرم‌افزارهای عملیاتی و رادیویی و مخابراتی جهت اعزام آمبولانس‌های بیشتر یا فعال نمودن سازمان‌های همکار و پشتیبان مثل آتش‌نشانی، پلیس، نیروی انتظامی، هلال احمر، اورژانس اجتماعی، شهرداری، پلیس قضایی و...
۸. هدایت آمبولانس‌های عملیاتی تا رسیدن به محل فوریت و برگشت تا پایگاه
۹. اخذ پذیرش از مراکز درمانی برای اعزام بیماران/ مصدومین از محل حادثه در دانشگاه‌های فاقد واحد پذیرش
۱۰. اعلام مراکز درمانی آماده پذیرش به آمبولانس حاضر در صحنه برای انتقال بیماران/ مصدومین
۱۱. تحویل و تحول تمامی وسایل و تجهیزات و مأموریت‌های در حال انجام شیفت کاری
۱۲. شرکت در دوره‌های آموزشی پیش‌بینی شده در طی سال و به روز نمودن دانش حرفه‌ای

مهارت‌ها

- شهرشناسی
- آشنایی کامل با سیستم اتوماسیون
- آشنایی با کدینگ عملیاتی و لجستیک
- مهارت‌های ارتباطی
- مدیریت زمان
- مدیریت منابع
- مدیریت استرس
- تسلط به فرآیندهای اداره ارتباطات
- تسلط کامل به اتوماسیون عملیاتی اورژانس ۱۱۵

روش کار

۱. دریافت و رویت مأموریت‌های ارسالی از واحد تریاژ تلفنی / مسئول شیفت



۲. بررسی و دقیق نمودن آدرس از نظر موقعیت جغرافیایی و تکراری بودن آدرس
۳. نقطه گذاری لوکیشن (موقعیت جغرافیایی) فوریت در سیستم اتوماسیون عملیاتی اورژانس ۱۱۵
۴. تعیین نوع و تعداد آمبولانس مورد نیاز بر اساس داده‌های تریاژ تلفنی، ظرفیت عملیاتی موجود و صحنه حادثه جهت مأموریت (آمبولانس، موتورآمبولانس، اتوبوس و بالگرد)
۵. استفاده از کدینگ عملیاتی برای سهولت در انتقال پیام در حوزه عملیات و ارتباطات
۶. فراخوان آمبولانس (های) نزدیک‌تر به آدرس بر اساس لوکیشن، پیشنهاد نرم‌افزار، منابع و شرایط موجود
۷. اعزام آمبولانس‌های بعدی و مناسب، براساس درخواست کارکنان عملیاتی حاضر در صحنه
۸. در صورت مواجهه آمبولانس حین انجام فوریت با مددجوی جدید، تصمیم برای انجام فوریت جدید و لغو فوریت قبلی فقط به عهده واحد اعزام و راهبری آمبولانس می‌باشد.
۹. اعزام آمبولانس جایگزین و واحد تعمیرات سیار در موارد ۷-۱۰ شدن کد عملیاتی
۱۰. تعیین تکلیف موارد مراجعه حضوری به آمبولانس درحین استقرار با هماهنگی مسئول شیفت در موارد زیر بدین شرح می‌باشد:
 - اعزام آمبولانس جدید در صورت عدم امکان خروج عملیاتی از محدوده استقرار به دلیل شرایط استقرار
 - برای موارد ۹۹-۱۰ اعزام بیمار/مصدوم توسط آمبولانس مستقر انجام و در صورت نیاز آمبولانس جدید جایگزین شود.
۱۱. تعیین تکلیف موارد مراجعه حضوری به آمبولانس در حال انتقال بیمار به مرکز درمانی می‌بایست با هماهنگی واحد ۵۰-۱۰ و مسئول شیفت صورت پذیرد.
۱۲. پی‌گیری دریافت مأموریت توسط کارکنان آمبولانس در گوشی اتوماسیون عملیاتی/دریافت مأموریت از بیسیم
۱۳. پی‌گیری رویت مأموریت توسط کارکنان آمبولانس در گوشی اتوماسیون عملیاتی/تأیید دریافت خبر
۱۴. پی‌گیری حرکت آمبولانس از پایگاه/محل حضور کارکنان (۹۶-۱۰)
۱۵. پی‌گیری رسیدن به محل مأموریت کارکنان و آمبولانس (۹۷-۱۰)
۱۶. پاسخ‌گویی به کارکنان در موارد بروز مشکل در انجام مأموریت (نامفهوم بودن آدرس، عدم رویت،



- ترافیک، ۱۰-۷ شدن کد و...) و پی گیری موضوع تا حصول نتیجه
۱۷. رفع موانع بروز مشکل یا تأخیر در رسیدن به محل مأموریت (تماس با تماس گیرنده و...)
- نکته: پی گیری و برطرف نمودن مشکلاتی که باعث جلوگیری از برگشت زودتر کد به ناوگان عملیاتی می شود. (مثلا خرابی آمبولانس ها و هماهنگی، شستشو و گندزدایی آمبولانس از طریق کنترل GPS)
۱۸. پی گیری زمان ماندگاری کارکنان در محل مأموریت
- نکته: حداکثر زمان ماندگاری در محل برای کدها ۲۰ دقیقه و برای موتور لانس ۲۵ دقیقه می باشد و در صورت هماهنگی با واحد اعزام و راهبری آمبولانس با در نظر گرفتن وضعیت بیمار و شرایط صحنه می تواند متغیر باشد.
۱۹. پی گیری زمان ماندگاری کارکنان در بیمارستان با هماهنگی واحد پذیرش
۲۰. اعلام موارد بحران/ مسائل خاص و ویژه به مسئول شیفت و اطلاع به مدیر جانشین
۲۱. پی گیری حوادث پر تلفات و تعداد مصدوم/ بیمار بالا با هماهنگی مسئول شیفت و اعلام به واحد eoc و مقامات مافوق، طبق الویت بندی های تعریف شده و برچسب گذاری
۲۲. ثبت موارد فاقدی آمبولانس در موارد اعزام آمبولانس از مناطق دیگر
۲۳. اعلام به مرکز کنترل ترافیک جهت باز نمودن معابر
۲۴. درخواست کمک از سایر دستگاه های امدادی همکار و پشتیبان مانند ۱۱۰، ۱۲۵ و...
۲۵. اعلام کد ۹۹-۱۰ به واحد پذیرش
۲۶. پی گیری ۱۰-۱۰ شدن ناوگان آمبولانسی بعد از سوخت گیری / شستشو / اعلام ۷-۱۰
۲۷. هماهنگی اعزام ناوگان آمبولانسی در استقرارها
۲۸. اعزام آمبولانس هوایی بر اساس اندیکاسیون های اعزام
۲۹. ارتباط با دیسپچ های همجوار در خصوص واگذاری مأموریت در حوزه خارج سر زمینی و پی گیری و حصول اطمینان از انجام مأموریت



۳-۴- واحد هدایت پزشکی عملیات (Medical Director)



هدف

پایش و هدایت عملیات از نظر خدمات پزشکی، استانداردهای دارویی و تجهیزات و ارائه مشاوره و راهنمایی‌های لازم جهت مدیریت مناسب بیماران به صورت برخط و برون خط (پروتکل آفلاین)

تعاریف

واحد هدایت پزشکی عملیات

واحدی است که ضمن پایش عملکرد خدمات فوریت‌های پزشکی ارائه شده توسط کارکنان عملیاتی اورژانس، مناسب‌ترین مشاوره درمانی تخصصی و عمومی جهت حفظ و بهبود وضعیت بالینی بیمار/ مصدوم را با توجه به شرایط بیمار/ مصدوم و امکانات موجود به کارکنان عملیاتی پایگاه‌ها و کارشناسان تریاژ تلفنی ارائه می‌دهد. این واحد وظیفه تطبیق نیازهای دارو و تجهیزات پزشکی ابلاغی اورژانس کشور با شرایط محلی را بر عهده دارد؛ همچنین در آموزش بدو و حین خدمت کارکنان همکاری می‌نماید.

در صورت کمبود نیروی پزشک در مراکز ارتباطات، می‌بایست مطابق دستورالعمل پیوستی شماره ۲۱ اقدام نمود.

مرکز مشاوره تخصصی: SMCC^۱

با توجه به سیاست‌های اورژانس کشور، مراکز مشاوره تخصصی در زمینه‌های بیماری‌های قلبی، مغزی، مسمومیت و طب اورژانس ایجاد می‌گردد. در گام اول مراکز مشاوره پزشکی تخصصی در مراکز کلان مناطق آمایشی تشکیل می‌گردد. در مناطقی که دسترسی به SMCC وجود دارد کارکنان عملیاتی موظفند در موارد نیاز از مشاوره پزشکی تخصصی استفاده نمایند.

1. Special Medical Consult Center



مشاور پزشکی

فردی است با حداقل مدرک پزشک عمومی و یا متخصص طب اورژانس که مسئولیت هدایت پزشکی عملیات را به عهده دارد.

تبصره ۱: توصیه می‌شود یک نفر متخصص طب اورژانس به عنوان پشتیبان جهت مشاوره موارد تخصصی به صورت حضور در اداره ارتباطات و یا با ایجاد ارتباط تله مدیسین (پزشکی از راه دور) در هر شیفت کاری برای هر اداره ارتباطات در نظر گرفته شود.

دستورات پزشکی

تمامی راهکارها و دستورات پیش‌گیرانه دارویی - درمانی است که در طی فوریت از سوی پزشک به کارکنان عملیات ارائه می‌گردد.

مشاوره پزشکی

تمامی مشاوره‌های لازم به درخواست کارکنان عملیاتی و کارشناسان تریاژ تلفنی است که برای تریاژ صحیح، درمان‌های پزشکی بر بالین بیمار و یا حین انتقال، تعیین تکلیف، تصمیم‌گیری، تشخیص احتمالی و تعیین تخصص لازم به منظور اخذ پذیرش بیمار و تعیین بخش (سانتر) مورد نیاز، لازم می‌باشند. که شامل:

الف- مشاوره به کارشناس تریاژ تلفنی:

شامل تماس‌های ارجاع شده از واحد ۱۱۵ توسط کارشناس تریاژ تلفنی جهت دریافت دستورات پزشکی لازم می‌باشد. این مشاوره ممکن است به صورت دو نفره و یا کنفرانس سه نفره یا هر روش دیگری انجام گیرد.

ب- مشاوره به مددجو:

در مواردی که کارشناس تریاژ تلفنی به دلیل شرایط خاص بیمار نیاز مشاوره مستقیم پزشک به مددجو داشته باشد، پزشک مشاور موظف به مشاوره لازم به مددجو می‌باشد. همچنین در مورد بیمارانی که از انتقال به بیمارستان خودداری می‌نمایند، مطابق بند ۴-۵ مشاوره به مددجو/همراه وی پیش از اخذ امضا صورت می‌پذیرد.

ج- مشاوره با پزشک:

مواردی که پزشک عمومی ارتباطات، نیاز به مشاوره تخصصی دارد از طریق پزشکی از راه دور، مشاوره با پزشک متخصص پشتیبان انجام می‌پذیرد.

د- مشاوره به کارکنان عملیاتی آمبولانس:

تمامی فوریت‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی می‌بایست با پزشک مشورت (به صورت آنلاین با پزشک مشاور



عمومی یا تخصصی و یا به صورت آفلاین با استفاده از پروتکل های آفلاین) صورت پذیرد.

ه- مشاوره های برون خط (پروتکل آفلاین):

راهنماهای بالینی و مجموعه دستورات پزشکی ابلاغی سازمان اورژانس کشور است (پیوست شماره ۲۲) که از قبل آموزش داده شده و با رعایت شرایط احراز، کارکنان عملیاتی می توانند بر بالین بیمار، بدون تماس با واحد هدایت پزشکی عملیات انجام دهند.

در این شرایط می بایست استفاده از پروتکل برون خط (آفلاین) به اداره ارتباطات اعلام گردد. در صورت وجود هرگونه سؤال و یا ابهام در استفاده از دستور برون خط (آفلاین)، کارکنان عملیاتی می بایست مشاوره برخط (آنلاین) را انجام دهند پروتکل های آفلاین می بایست داخل آمبولانس به صورت فیزیکی و نیز روی تلفن همراه بر روی گوشی های هوشمند (PDA) در دسترس باشد. در صورتی که کارکنان عملیاتی به هر دلیل نخواهد یا نتواند از پروتکل آفلاین استفاده نماید پزشک مشاور، موظف به ارائه مشاوره پزشکی می باشد.

پزشکان واحد هدایت پزشکی عملیات اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه ها می بایست بنا بر نیازهای محلی پروتکل آفلاین مربوطه را پس از تأیید اورژانس کشور به کارکنان عملیاتی حوزه سرزمینی ابلاغ نمایند.

تشخیص احتمالی:

منظور تشخیصی است که کارشناس تریاژ تلفنی بر اساس اطلاعات دریافت شده، برای بیمار مطرح می نماید.

تشخیص اولیه:

منظور تشخیصی است که کارکنان عملیاتی بر اساس اطلاعات دریافت شده، شرح حال، معاینات بالینی و مشاوره پزشکی برای بیمار مطرح می نمایند.

تشخیص قطعی:

در حوزه اورژانس پیش بیمارستانی به صورت متداول انجام نمی گردد؛ در موارد استثنا در صورت حضور پزشک بر بالین بیمار/ مصدوم و یا طبق نظر مشاوره پزشکی می تواند مطرح گردد.

زمان های مشاوره:

ارسال درخواست:

زمانی است که کارکنان عملیاتی/ کارشناس تریاژ تلفنی، درخواست مشاوره پزشکی را اعلام می نماید.

دریافت پیام:

زمانی است که پزشک ۵۰-۱۰ فرم PCR نیازمند به ۵۰-۱۰ را فعال می نماید و یا به صورت تلفنی و یا از



طریق بیسیم اقدام به مشاوره با کارکنان یا کارشناس تریاژ تلفنی می نماید.

مدت زمان مشاوره:

به فاصله زمانی بین شروع فعال سازی پیام و خاتمه آن (به هر صورتی) توسط پزشک ۵۰-۱۰ گفته می شود.

انواع خاتمه مشاوره :

- خاتمه موقت:

در موارد نیازمند به مشاوره مکرر انجام می شود. (برگشت فایل به کارشناس تریاژ تلفنی)

- خاتمه کامل:

اتمام فایل پس از مشاوره یا تعیین تکلیف فوریت می باشد.

- مشاوره مجدد:

به مشاوره جدید برای فوریت/مرددجوی قبلی گفته می شود.

وظایف

۱. حضور فعال طبق شیفت های موظف، رعایت ضوابط و شئون اداری و ارتباط صحیح با همکاران و سایر واحدها
۲. رعایت اسرار حرفه ای و اخلاق پزشکی
۳. اخذ شرح حال بیمار/مصدوم از مسئول تیم اعزامی اورژانس در محل و مطابقت با اطلاعات دریافتی از کارشناسان تریاژ تلفنی
۴. ارائه مشاوره به کارشناسان تریاژ تلفنی و یا بیماران و تماس گیرندگان با اورژانس
۵. راهنمایی پرسنل عملیات فوریت های پزشکی جهت اخذ شرح حال و انجام معاینات بیماران و مصدومین
۶. صدور دستورات دارویی و غیردارویی برای بیمار/مصدوم
۷. ارائه دستورات پزشکی جهت انجام اقدامات درمانی و انتقال صحیح بیمار/مصدوم از محل حادثه تا مرکز درمانی
۸. ایجاد اطمینان خاطر در بیمار/مصدوم
۹. تحویل و تحول تمامی وسایل و تجهیزات و مأموریت های در حال انجام شیفت کاری
۱۰. شرکت در دوره های آموزشی پیش بینی شده در طی سال و به روز نمودن دانش حرفه ای
۱۱. مشارکت در آموزش پرسنل فوریت های پزشکی



۱۲. نظارت پزشکی بر مأموریت‌های در حال انجام

۱۳. اعلام نیازهای عملیاتی، دارویی و تجهیزاتی به مسئول مافوق جهت طرح در ستاد اورژانس دانشگاه

طبق مأموریت‌های محلی

مهارت‌ها

- آشنایی با دارو و تجهیزات پزشکی داخل آمبولانس و نحوه به‌کارگیری آن‌ها
- آشنایی با سازمان و فرآیندهای عملیاتی
- آشنایی کامل با سیستم اتوماسیون
- آشنایی با سازمان‌های همکار و پشتیبان
- آشنایی با تایپ
- مدیریت زمان
- مدیریت استرس
- مهارت‌های ارتباطی

روش کار

۱. کارکنان عملیاتی صحنه حادثه را ارزیابی می‌نمایند و مطابق فرآیند، مأموریت را انجام می‌دهند.
۲. اقدامات اولیه و نجات‌بخش بر انجام مشاوره پزشکی مقدم است بدین‌منظور ضروریست این اقدامات بر اساس پروتکل‌های آفلاین انجام گردد.
۳. در همه‌ی فوریت‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی می‌بایست مشاوره پزشکی بر خط یا برون خط انجام پذیرد. لازم به ذکر است در تمام موارد عدم انتقال شامل اخذ امضا، درمان در محل و موارد فوت شده می‌بایست، مشاوره پزشکی انجام شود و شرایط بیمار و دلیل عدم انتقال اعلام گردد.
۴. آخرین ویرایش پروتکل‌های آفلاین باید به صورت فیزیکی و به صورت الکترونیکی در دسترس کارکنان عملیاتی باشد.
۵. در مشاوره پزشکی بر خط که توسط نفر ارشد صورت می‌گیرد باید در ابتدا کد آمبولانس و کد عملیاتی کارشناس اعلام و در ادامه، وضعیت صحنه، شرح حال، ارزیابی‌های بالینی و ذکر علائم دقیق بیمار (پرهیز از ذکر جملات طبیعی، نرمال و...) به صورت الکترونیک، تلفنی یا بیسیم به پزشک اعلام گردد.
۶. پزشک بر اساس داده‌های دریافتی، دستور انجام معاینات و شرح حال تکمیلی را داده و بر اساس



- داده‌های دریافتی تشخیص احتمالی، دستورات بالینی، نیاز به انتقال و سانتر مورد نیاز اعلام می‌گردد.
۷. در موارد بیماری‌های خاص که دیسپچ تخصصی وجود دارد؛ کارکنان مستقیماً مشاوره پزشکی را از طریق دیسپچ تخصصی دریافت می‌نمایند.
۸. کارکنان عملیاتی بر اساس دستورات ابلاغی، مدیریت و درمان بیمار/ مصدوم را انجام می‌دهند.
۹. در صورت عدم دستور انتقال، راهنمایی جهت اقدامات لازم بر بالین بیمار و آموزش وی انجام شود.
۱۰. انجام مشاوره پزشکی بعد از خاتمه مأموریت و به ویژه بعد از ۲۹-۱۰ تخلف محسوب می‌شود.
۱۱. دستورالعمل‌های ابلاغ شده حداقل شرایط استاندارد را اعلام نموده و پزشک می‌تواند طبق شرایط محلی نسبت به تکمیل دارو، تجهیزات و دستورالعمل‌ها عمل نماید ولی اجازه حذف دارو، تجهیزات و دستورالعمل را ندارد.
۱۲. پزشک مشاور موظف است طبق دستورالعمل‌های ابلاغ شده نسبت به انجام صحیح فوریت‌ها، نظارت پزشکی بر خط (آنلاین) داشته باشد. این نظارت شامل ختم مواردی است که طبق تریاژ تلفنی رنگ قرمز، زرد یا ۹۹-۱۰ داشته‌اند و یا دستور اعزام به بیمارستان برای آن‌ها داده شده است و یا مواردی که طبق تشخیص احتمالی کارشناس تریاژ تلفنی نیازمند اعزام می‌باشد. سیستم اتوماسیون باید این موارد را به پزشک مشاور هشدار (آلارم) دهد و پزشک مشاور موارد مذکور را مستقیماً یا از طریق سوپروایزر شیف، پی‌گیری نماید.
۱۳. مسئولیت فنی اورژانس ۱۱۵ به عهده پزشک مشاور نمی‌باشد بلکه به عهده معاون فنی و یا پزشکی است که به این منظور ابلاغ دریافت نموده باشد.

۴-۴- واحد پذیرش

هدف

انتقال بیمار/ مصدوم به مناسب‌ترین مرکز درمانی از نظر فاصله مکانی و زمانی، تخصص مورد نیاز، بیمه و سابقه بستری بیمار و ظرفیت مراکز درمانی

تعاریف

واحد پذیرش:

واحدی است که مسئولیت تعیین مناسب‌ترین مرکز درمانی جهت اعزام بیمار/ مصدوم را بر عهده داشته و



فرآیند تحویل بیمار/مصدوم را به مرکز درمانی نظارت و تسهیل می نماید.

زمان های مهم در واحد پذیرش:

زمان درخواست پذیرش: زمانی است که کارکنان درخواست مشخص نمودن مرکز درمانی مناسب برای انتقال

بیمار را به پذیرش اعلام می نمایند.

زمان اعلام پذیرش: از لحظه ای فعال شدن فایل پذیرش تا زمانی که پذیرش تصمیم خود را به کارکنان عملیاتی اعلام می کند.

زمان اعلام کد ویژه: زمانی است که واحد پذیرش، اعزام بیمار با یکی از کدهای ویژه (۲۴۷، ۳۵۰، ۷۲۴،

۹۹-۱۰ وانبوه مصدوم یا بیمار) را به سوپروایزر بیمارستان مقصد خبر می دهد.

شرح وظایف

- رعایت دستورالعمل های اداری
- ثبت اطلاعات
- هماهنگی جهت اخذ پذیرش با توجه به تخصص مورد نیاز بیمار
- انجام هماهنگی با سوپروایزر بیمارستان در موارد خاص طبق دستورالعمل های مربوطه (بیماران بدحال ۹۹-۱۰، سکته های مغزی دارای شرایط کد سما و بیماران سکته قلبی دارای شرایط کد ۲۴۷، بیماران دارای دستورالعمل خاص مانند کورنا و انفلوآنزا و...)
- دریافت اطلاعات کامل در مورد بخش های تخصصی و وضعیت اورژانس بیمارستان ها و ارتباط با واحد MCMC
- اعلام کد CPR به مرکز درمانی جهت آمادگی پذیرش بیمار/ مصدوم بدحال و یا در حال CPR
- پی گیری مشکلات مربوط به پذیرش آمبولانس و تسهیل رهاسازی آمبولانس از بیمارستان جهت بازگشت به چرخه عملیات
- پی گیری و حل مناقشات بین کارکنان عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی و اورژانس بیمارستانی
- توزیع عادلانه بیمار/ مصدوم به مراکز درمانی با توجه به ظرفیت و تخصص مراکز درمانی
- اطلاع رسانی حوادث ویژه و پرتلفات به EOC توسط واحد دیسپچ/پذیرش
- پاسخ گویی به سؤالات مددجویان در مورد بیماران/ مصدوم/ بیمارین مفقود و مجهول الهویه
- اعلام موارد اعزام بیمار/ مصدوم توسط اورژانس هوایی به مراکز درمانی



- شرکت در دوره‌های آموزشی ضمن خدمت
- هماهنگی با واحد MCMC جهت اعزام مصدومان/بیماران در حوادث پرتلفات به مراکز درمانی

مهارت‌ها

- آشنایی کامل با سیستم اتوماسیون و HIS بیمارستان
- شهرشناسی
- مدیریت منابع
- تسلط بر بخش‌های بیمارستان‌های حوزه سرزمینی و دانشگاه‌های مجاور
- آشنایی با تایپ
- مدیریت استرس
- مدیریت زمان
- مهارت‌های ارتباطی

روش کار

این واحد موظف است در صورت نیاز به انتقال بیمار به بیمارستان، پس از تماس کارکنان با این واحد و دریافت اطلاعات مربوط به بخش مورد نیاز بیمار/مصدوم (با توجه به داده‌های بانک اطلاعاتی) تخت‌های بیمارستانی و تخصص اصلی مورد نیاز بیمار/مصدوم و نیز بعد مسافت بیمارستان‌ها جهت اعزام بیمار/مصدوم، مرکز درمانی مناسب را تعیین و هماهنگی لازم را انجام دهد. بدین منظور لازم است طرح ارجاع بیماران به صورت محلی تدوین و در اختیار کارکنان عملیاتی پذیرش قرار گیرد.

در تعیین مرکز درمانی مناسب در نظر گرفتن موارد زیر ضروری است:

۱. بدحال بودن بیمار
۲. نزدیک بودن مرکز درمانی
۳. وجود تخصص اصلی لازم برای بیمار/مصدوم
۴. وجود ظرفیت پذیرش در مرکز درمانی
۵. نوع بیمه بیمار
۶. اولویت‌بندی بین تخصص اصلی و سایر تخصص‌های مورد نیاز بیمار/مصدوم
۷. سابقه انجام جراحی یا مراقبت و یا عوارض ناشی از جراحی/درمان در مرکز مربوطه طی یک ماهه اخیر



تبصره ۱: انتخاب مرکز درمانی مناسب بر اساس شرایط آن و منابع موجود و با در نظر گرفتن موارد فوق‌الذکر بوده ولی رعایت تمام موارد الزامی نمی‌باشد. به عنوان مثال در صورت عدم وجود تخصص لازم در بیمارستان‌های شهر، انتقال بیمار به خارج شهر به جز در موارد خاص با تشخیص مسئول اداره ارتباطات و تأیید پزشک مشاور ضرورتی نداشته و بیمار باید به بیمارستان همان شهر منتقل گردد.

بیماران بدحال (۹۹-۱۰) می‌بایست به نزدیک‌ترین مرکز درمانی (دولتی یا غیر دولتی) انتقال یابند. در این موارد کارکنان موظف هستند به واحد پذیرش در مورد انتقال بیمار بدحال به مرکز درمانی اطلاع‌رسانی کنند تا واحد پذیرش به مرکز مربوطه خبر داده و آن مرکز برای دریافت بیمار بدحال آمادگی لازم را داشته باشد.

تبصره ۲: انتقال بیمار به مراکز درمانی غیر دولتی و یا خارج محدوده به جز در موارد زیر ممنوع می‌باشد:

۱. بیمار ۹۹-۱۰

۲. وجود تفاهم‌نامه با دانشگاه/ مرکز اورژانس با رعایت تعرفه‌های دولتی در اورژانس و بخش بستری

۳. درمان عوارض ناشی از جراحی یک ماهه اخیر در مرکز غیر دولتی با در نظر گرفتن رضایت بیمار و محدودیت‌های زمانی جهت انتقال به همان مرکز

۴. انتقال جانبازان به ویژه جانبازان قطع نخاع به مراکز درمانی از پیش تعیین شده در همان شهر

۵. انتقال در مواردی که ارائه خدمت در زمان طلایی در بیمارستان دولتی در دسترس نیست (مانند

دسترسی به PPCI) با در نظر گرفتن رضایت بیمار

۶. موارد خاص با دستور رئیس اداره ارتباطات /مسئول شیفت

تبصره ۳: انتقال بیمار/ مصدوم به مراکز غیر دولتی/خارج محدوده داخل شهر (مشمول بند ۲ تا ۵) فقط در صورتی مجاز است که درخواست بیمار توسط همراه در فرم گزارش مراقبت اورژانس ۱۱۵ PCR به صورت کتبی درج گردیده و با اطلاع و اجازه مرکز اعزام و راهبری آمبولانس باشد و در آن واحد ثبت گردیده باشد. دریافت امضا و اثر انگشت (یا امضای الکترونیک) بیمار یا همراه بیمار، جهت انتقال بیمار به بیمارستان درخواستی الزامی می‌باشد.

تبصره ۴: هرگونه انتقال بیمار بین شهرها با آمبولانس ۱۱۵ صرفاً با هماهنگی EOC دانشگاه و خارج کلان مناطق آمایشی مربوطه صرفاً با هماهنگی EOC وزارت بهداشت امکان‌پذیر می‌باشد.

■ در مورد بیماران بدحال که عدم انتقال با آمبولانس ۱۱۵ موجب آسیب بیمار می‌گردد ولی بیمار یا همراه وی از انتقال با آمبولانس ۱۱۵ به هر دلیل امتناع می‌ورزد، می‌بایست کارکنان مورد را به اداره



ارتباطات اطلاع داده و درخواست ضابط قضایی یا پلیس نمایند. همچنین پزشک اداره ارتباطات موارد مخاطرات را به بیمار/همراه بیمار قبل از مرحله اخذ امضا گوش زد نماید.

- تشخیص هویت همراه بیمار/ مصدوم با ارائه کارت شناسایی معتبر و ثبت کد ملی قابل قبول است.
- تعیین مرکز درمانی مناسب و اطلاع به کارکنان آمبولانس (از طریق الکترونیک، تلفن ثابت، همراه و یا بیسیم)
- ارسال الکترونیک پرونده بیمار در حال انتقال به مرکز درمانی و دریافت تأییدیه بارگیری اطلاعات در صورت دسترسی
- اعلام به مراکز درمانی در خصوص انتقال بیماران بدحال، اورژانس هوایی و موارد خاص (سکته مغزی (کد سما)، کد ۲۴۷، بیماری‌های خاص طبق دستورالعمل مانند کورنا و آنفولانزا و...)
- تسهیل فرآیند تحویل بیمار به اورژانس بیمارستان و بازگشت کد به چرخه عملیات
- اطلاع موارد تاخیر در تحویل بیماران در مراکز درمانی و موارد خاص به مسئول شیفت
- کارکنان عملیاتی باید در صورت نبود تخت خالی در بخش اورژانس، موضوع را به واحد پذیرش اداره ارتباطات گزارش و تا زمان تعیین تکلیف انتقال مصدوم/ بیمار در بیمارستان حضور داشته باشند.
- کارشناس واحد پذیرش موظف است به محض دریافت گزارش عدم وجود تخت در بیمارستان پذیرنده مصدوم/ بیمار ترومایی، موضوع را از طریق سوپروایزر بیمارستان پی‌گیری و نتیجه را به اطلاع کارکنان مربوطه برساند.

برای انجام فرآیند فوق به موارد زیر نیاز می‌باشد:

- امکان دسترسی به مدیر جانشین جهت رفع مشکلات
- دسترسی به تلفن ستاد هدایت دانشگاه‌ها و دانشگاه‌های مجاور
- امکان برقراری ارتباط با آمبولانس
- اطلاع به واحد EOC دانشگاه مربوطه در صورت عدم حل مشکل

تبصره: در مراکز فاقد واحد پذیرش، فرآیند مذکور توسط کارشناس واحد اعزام و راهبری انجام گردد.



فصل پنجم

عملیات





۵-۱- اعزام به مأموریت

مأموریت انجام عملیات با آمبولانس است که طی آن کارکنان با کد عملیاتی بر بالین بیمار/مصدوم حاضر گردیده و درمان در محل و یا انتقال بیمار به مناسب‌ترین مرکز درمانی در کوتاه‌ترین زمان ممکن و با رعایت ایمنی کامل برای بیمار و کارکنان فوریت صورت می‌پذیرد.

فراخوانی هر آمبولانس جهت اعزام به مأموریت ۹ مرحله را در برمی‌گیرد که مطابق روش کار زیر می‌باشد:

۵-۱-۱- آماده‌سازی (در ابتدای شیف‌ت)

- بازرسی آمبولانس و اطمینان از سلامت فنی خودرو
- بررسی تجهیزات پزشکی و لوازم مصرفی از حیث وجود و عملکرد مطلوب
- شارژ بودن باتری دستگاه‌های الکترونیکی
- کافی بودن متعلقات جانبی دستگاه‌ها
- اطمینان از کافی بودن میزان سوخت آمبولانس
- پارک عملیاتی آمبولانس جهت تسریع در خروج
- انجام تمهیدات برقراری سیستم گرمایشی کابین بیمار در مناطق سردسیر
- روشن کردن آمبولانس هر ۴ ساعت یکبار در شرایط هوای سرد
- ثبت موارد طبق فرمت مربوطه در دفاتر



۵-۱-۲- اعزام

- برقراری ارتباطات ۲۴ ساعته میان دیسپچ و پایگاه و کدها
- ابلاغ مأموریت از طرف دیسپچ به پایگاه/کد مناسب یا پاسخ سریع به مددجویان حضوری
- دریافت سریع مأموریت و حرکت به سمت آمبولانس و اعلام به واحد دیسپچ
- عدم هرگونه بحث و اتلاف وقت در خصوص حوزه انجام مأموریت و لزوم دقت واحد اعزام و راهبری آمبولانس جهت اخذ تصمیم صحیح
- بستن کمر بند ایمنی قبل از حرکت
- عدم استفاده از گوشی و مکالمه توسط راننده
- روشن کردن آلارم و در موارد نیاز آژیر
- انتخاب بهترین مسیر برای رسیدن به موقع به محل حادثه

۵-۱-۳- در طول مسیر اعزام به صحنه حادثه

- ایفای نقش مرکز دیسپچ به عنوان پل ارتباطی و راهبری تا رسیدن کد به محل حادثه
 - اعلام هرگونه مشکل یا مانع رسیدن سریع آمبولانس به محل به واحد دیسپچ
 - تماس واحد دیسپچ با پلیس راهور در صورت گزارش ترافیک یا انسداد معابر ترافیکی
 - استفاده از آژیر و آلارم مطابق دستورالعمل پیوستی شماره ۲۳
 - لزوم رعایت مهارت‌های رانندگی به خصوص در شرایط تاریکی، دود یا مه آلود بودن جاده، وجود آب زیاد روی سطح جاده و لغزندگی بالا، سطوح یخی یا انباشته از برف و...
 - استفاده از زنجیر چرخ و تسلط بر نحوه عملکرد سیستم ترمز آمبولانس در شرایط ناپایداری
 - لزوم به کارگیری مهارت‌های رانندگی تدافعی و تمرین رانندگی بی خطر
 - لزوم آشنایی با مقررات راهنمایی و رانندگی و تبصره‌های مخصوص خودروهای امدادی
 - ماده ۱۸۶ آئین‌نامه راهنمایی و رانندگی:
- "وسایل نقلیه انتظامی و امدادی، هنگامی که برای انجام مأموریت فوری در حرکتند در صورت به کار بردن چراغ گردان ویژه اعلام خطر یا آژیر، تا حدودی که موجب بروز تصادف نشود، مجاز به انجام اعمال زیر می‌باشند:



الف- توقف در محل ممنوعه.

ب- تجاوز از سرعت مجاز و سبقت از سمت راست وسیله نقلیه دیگر.

پ- عبور از طرف چپ راه و همچنین دور زدن در نقاط ممنوعه

ت- گذشتن از چراغ قرمز یا رعایت نکردن علائم دیگرست، مشروط به این که از سرعت وسیله نقلیه در این گونه محل ها تا حداقل امکان کاسته شود."

■ در صورت مواجهه کد حین انجام مأموریت با مددجوی جدید، مراتب توسط کارکنان عملیاتی به واحد اعزام و راهبری آمبولانس اطلاع رسانی شده تا این واحد تصمیم برای ادامه فوریت قبل و یا رسیدگی به بیمار جدید را تعیین تکلیف نماید.

■ مطابق دستورالعمل ابلاغی پیوست شماره ۲۴، کد عملیاتی فقط در شرایط ۳۳-۱۰ و یا حامل بیمار ۹۹-۱۰ مجاز به افزایش سرعت حداکثر ۲۰ درصد بیشتر از حد مجاز اعلام شده بشرط رعایت احتیاط کامل می باشد.

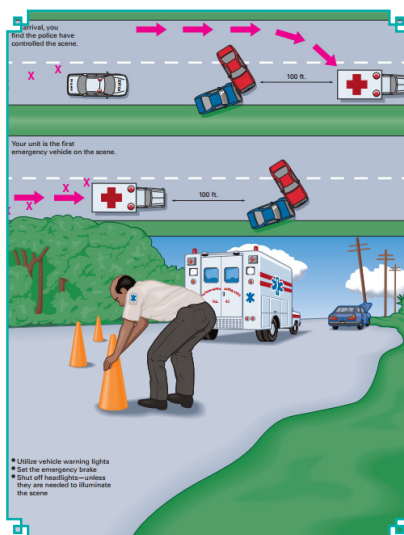
۵-۱-۴- رسیدن به صحنه حادثه

- اعلام به واحد دیسپچ
- ارزیابی سریع صحنه نسبت به نوع حادثه و مخاطرات ناشی از آن
- انتخاب محل صحیح و کم خطر برای پارک آمبولانس
- در مواقع تاریکی یا شرایط محدودیت دید لازم است نفر دوم کد جهت راهنمایی کردن پارک صحیح توسط راننده، پیاده شده و اقدام نماید.
- در صورت حضور پلیس همکاری با ایشان به عنوان فرمانده صحنه حادثه الزامیست.



- همچنین پارک مناسب آن در محل حوادث در مسیر ترافیکی (در صورت حضور پلیس بعد از صحنه حادثه و در غیر این صورت با فاصله ۳۰ متر قبل از صحنه حادثه و مشروط بر نصب کله قندی و مثلث

خطر ۵۰ متر عقب‌تر و روشن بودن آلام و فلاشر و در صورت احتمال آتش‌سوزی و انفجار با فاصله ۶۰۰ متر) صورت پذیرد.



- در صورت درخواست فرمانده صحنه به تغییر محل پارک آمبولانس، کارکنان ملزم به اجرا می‌باشند.
- در صورتی که دستور فرمانده صحنه برخلاف ایمنی باشد، باید از فرمانده میدانی اورژانس و در صورت عدم حضور وی از دیسپچ استعلام شود.
- پارک مناسب کد دورتر از آتش، خطرات انفجاری، آوار، سیم و دکل برق و با امکان خروج سریع از محل
- کمک گرفتن از افراد حاضر در صحنه تا رسیدن پلیس جهت هدایت خودروهای عبوری
- هوشیار بودن تیم نسبت به احتمال وقوع حوادث ثانویه ترافیکی و محیطی
- پرهیز از هرگونه اظهار نظر در خصوص حواشی حادثه با همراهان بیمار/مصدوم از جمله: نوع خسارت، مقصر احتمالی حادثه، انتقال خودروها به پارکینگ و... که جزو وظایف اورژانس نبوده و اولویت قراردادن وضعیت سلامتی مددجویان و تصمیم‌گیری صحیح جهت درمان/انتقال
- پارک آمبولانس در نزدیک‌ترین فاصله تا پلاک مورد نظر در اماکن شهری
- لزوم حفظ آرامش و پرهیز از هر نوع واکنش کلامی و رفتاری همکاران عملیاتی با افراد حاضر در صحنه
- لزوم مدیریت صحنه در حوادث پرتلفات که احتمال خشونت و پرخاشگری افراد و همراهان بیمار متصور باشد.
- اعلام به دیسپچ در خصوص درخواست کمک از سایر دستگاه‌های امدادی همکار و پشتیبان مانند



- ۱۱۰، ۱۲۵، ۱۲۳ و... در صورت نیاز و همکاری متقابل جهت رسیدگی سریع به مددجویان
- دریافت مصدوم/بیمار از سازمان‌های پشتیبان مانند: آتش‌نشانی، هلال احمر و... در مأموریت‌هایی که دسترسی به بیمار/مصدوم نیازمند تجهیزات تخصصی امداد و نجات می‌باشد.
- متناسب نوع حادثه، سازمان‌های تخصصی مسئول تعیین محدوده زون‌بندی داغ، گرم و سرد بوده و ورود کارکنان عملیاتی اورژانس به زون داغ ممنوع می‌باشد. لذا سازمان‌های یاد شده می‌بایست به واسطه تجهیزات تخصصی و حفاظت فردی که دارند، بیماران/مصدومان را در منطقه ایمن تحویل اورژانس دهند.
- حضور بر بالین بیمار و معاینه و ارزیابی اولیه
- اخذ شرح حال بیمار در صورت هوشیار بودن و کمک گرفتن از مترجم در صورت عدم امکان برقراری ارتباط و تکلم بیمار به زبانی خاص
- رعایت محدوده زمانی تعریف شده بر بالین بیمار (حداکثر ۲۰ دقیقه و در موارد ۷۲۴ زمان ۵ دقیقه) و هماهنگی با واحد دیسپچ در صورت طولانی شدن (مانند احیای قلبی و...)
- حضور بر بالین بیمار و انجام اقدامات بالینی وظیفه هر دو نفر بوده و با مسئولیت نفر ارشد صورت می‌پذیرد. (به جز موارد ابلاغی مانند معاینه موارد اپیدمی بیماری‌های نوپدید و بازپدید و...)



۵-۱-۵- انتقال بیمار به آمبولانس

- در صورت مختل بودن ABC (غیر از موارد احیا) انتقال اورژانسی انتقال فوری به داخل کد و ادامه اقدامات درمانی در کد و حین انتقال
- جابه‌جا نمودن بیمار/مصدوم از صحنه حادثه به داخل آمبولانس طبق اصول جابه‌جایی ایمن بیمار



- بستن کمربندهای مخصوص برانکارد آمبولانس و اطمینان از فیکس بودن بیمار و حتی سرنشینان کابین بیمار
- در صورت مواجهه با حوادث پرتلفات کد اول به عنوان فرمانده میدان اقدام به تریاژ نموده و درخواست منابع متناسب با ارزیابی اولیه را به واحد دیسپچ اعلام نماید.
- در صورت انتقال بیمار/مصدوم به اورژانس هوایی رعایت نکات زیر الزامی است:
 - انتخاب محل فرود بالگرد و رعایت اصول ایمنی پرواز مطابق بند شماره ۳-۷ و توجه به نکاتی از جمله: مسطح بودن و سفت بودن زمین، نبود شیب حداقل در شعاع ۳۰ متری، نبود موانع درخت و تیر برق و کابل برق
 - استفاده از علائم مارشالینگ جهت راهنمایی کادر پرواز و رعایت فاصله ایمن فرد مارشال از محل فرود
 - انتخاب محل مناسب استقرار آمبولانس زمینی
 - بسته نگه داشتن درب‌های آمبولانس تا زمان فرود کامل بالگرد
 - مراقبت از مصدوم/بیمار داخل آمبولانس و در غیر این صورت مراقبت از وی در محلی به دور از محل فرود بالگرد
 - مسدود کردن اصولی جاده با استفاده از توان پلیس راهور/انتظامی جهت ایجاد محیطی امن
 - مراقبت از همراهان و یا افراد حاضر در صحنه و ممانعت از نزدیک شدن به بالگرد/محل فرود بالگرد
 - فیکس کردن ملافه، چادر، روپوش، پتو و هر نوع وسیله‌ای که امکان کشیده شدن به سمت ملخ بالگرد را دارد.
 - مراقبت و نگهداری از وسایل شخصی مانند کلاه و عینک و... در هنگام فرود بالگرد و ممانعت از پرتاب شدن اشیا
 - اقدامات درمانی لازم جهت بیمار به بهترین شکل ممکن انجام شده و بیمار در کم‌ترین مدت زمان انتظار با مدیریت و هماهنگی کارکنان عملیاتی اورژانس هوایی و کادر پروازی تحویل بالگرد گردد.
- در صورت محرز بودن علائم قطعی مرگ مطابق بند شماره ۵-۲-الف-۴- کاور متوفی را کشیده و



به دلایل فنی و بهداشتی حمل جسد توسط آمبولانس ۱۱۵ ممنوع می‌باشد. در موارد ضرورت به دلیل شرایط صحنه از فرمانده میدانی/ دیسپچ کسب تکلیف گردد.

- در صورت عدم همکاری بیمار یا قیم قانونی ایشان در صورت دارا بودن صلاحیت امتناع از درمان و بدحال نبودن بیمار ضمن توصیه اکید به انتقال و مخاطرات و عوارض ناشی از عدم انتقال به ایشان و انجام مشاوره پزشکی بلامانع می‌باشد. شرایط اخذ امضا مطابق بند ۴-۵ انجام گردد.
- در صورت بدحال بودن بیمار/مصدوم و امتناع بیمار یا همراهان نسبت به انتقال ایشان بعد از انجام مشاوره پزشکی مراتب توسط پلیس باید صورت جلسه گردد.

۵-۱-۶- در طول مسیر رسیدن به مرکز درمانی

- اعلام وضعیت بیمار جهت گرفتن پذیرش بعد از انجام مشاوره پزشکی
- اطمینان از بستن کمربند ایمنی راننده و سرنشینان
- فیکس نمودن بیمار روی تخت برانکارد و بستن کمربندهای مربوطه جهت پیش گیری از آسیب بیمار
- حین ترنز ناگهانی
- عدم استفاده راننده از گوشی تلفن همراه/اتوماسیون عملیاتی ۱۱۵ در حین مسیر
- دادن پوزیشن مناسب به بیمار
- صحبت کردن با بیمار جهت آرام بخشی و رفع اضطراب
- اطمینان از عملکرد سرم تراپی، اکسیژن تراپی و بررسی هرگونه درد و شکایت بیمار در حین مسیر
- در صورت ۹۹-۱۰ بودن بیمار/مصدوم اولین مرکز درمانی در اولویت می‌باشد.
- استفاده از آژیر و آلام در صورت ضرورت مطابق دستورالعمل پیوستی شماره ۲۳
- پایش وضعیت بالینی بیمار در صورت اورژانسی بودن هر ۵ دقیقه و در غیر این صورت هر ۱۵ دقیقه
- انتخاب مناسب ترین مسیر جهت رسیدن به مرکز درمانی
- در صورت مواجه شدن با موانع ترافیکی، اعلام به واحد دیسپچ
- در صورت بروز نقص فنی و یا تصادف می‌بایست بلافاصله مورد به واحد اعزام و راهبری آمبولانس گزارش گردد تا جهت اعزام کد کمکی اقدام شود.
- در صورت مواجه شدن با مصدوم/بیمار جدید در حین مسیر، کارکنان عملیاتی کد موظفند مراتب را به واحد اعزام و راهبری آمبولانس اعلام نموده تا حسب موقعیت تصمیم گیری صورت پذیرد.



- موارد ۹۹-۱۰، ۳۵۰، ۲۴۷ و ۷۲۴ باید در اولین فرصت توسط دیسپچ به مرکز درمانی اعلام گردد.

۵-۱-۷- در مرکز درمانی

- اعلام رسیدن به مرکز درمانی به واحد دیسپچ
- حین انتقال بیمار از کد به مرکز درمانی تجهیزات لازم متناسب شرایط حال وی از جمله اکسیژن ترابی، AED، آتل‌ها و... نباید جدا شود.
- رسیدن خود را به پرستار تریاژ (یا واحد تحویل گیرنده) اعلام کنید و درخواست تخت کنید.
- انتقال بیمار به تخت تعیین شده با رعایت اصول ایمنی و کمک بیماربر
- در صورت عدم وجود تخت خالی، پرستار تریاژ مراتب را توسط مسئول بخش اورژانس پی‌گیری نماید.
- ارائه گزارش شفاهی و خلاصه شرح حال بیمار به پزشک/پرستار علاوه بر فرم PCR
- تکمیل فرم PCR مجزا به تفکیک تعداد بیمار/مصدوم تحویل داده شده و قید توضیحات صحنه حادثه
- تحویل اموال بیمار به پلیس مستقر در مرکز درمانی در صورت نداشتن همراه بیمار مطابق مفاد بند شماره ۲-۹
- دریافت و جایگزین نمودن اقلام مصرفی از بیمارستان
- در صورت آلوده شدن کابین بیمار به خون و ترشحات می‌بایست مطابق دستورالعمل شماره ۵۵۸/۲۰۲/د مورخ ۱۳۹۷/۰۳/۲۰ مطابق پیوست شماره ۲۵ شستشوی آمبولانس و آلودگی‌زدایی در بیمارستان صورت پذیرد و لذا زباله‌های عفونی نباید به پایگاه منتقل گردد.
- اطمینان از عدم جاماندن وسایل بیمار و تجهیزات آمبولانس قبل از خروج بیمارستان و سایر اقدامات منطبق بر اصول مندرج در بند شماره ۲-۹

۵-۱-۸- در طول مسیر بازگشت به پایگاه

- اعلام تحویل بیمار و خروج از بیمارستان به واحد دیسپچ که به مفهوم آمادگی برای انجام مأموریت بعدی است و در صورت آلودگی یا نقص کد باید موارد به دیسپچ اعلام شود.
- انجام فرآیند شارژ سوخت آمبولانس در صورت نیاز با هماهنگی واحد دیسپچ
- به‌گوش بودن بیسیم یا گوشی اتوماسیون عملیاتی در حین بازگشت جهت پاسخ و اعزام به مأموریت



احتمالی جدید

- در صورت مشاهده حادثه و یا مواجه شدن با درخواست مردم جهت امداد رسانی، مراتب با ذکر نوع حادثه و تعداد مصدومین می بایست سریعاً به واحد دیسپچ اطلاع داده شده و اقدامات لازم برای بیمار/مصدوم صورت پذیرد.
- در مسیر بازگشت به پایگاه که کد فاقد بیمار/مأموریت جدید می باشد، رانندگی باید با شرایط عادی و ایمن صورت پذیرد و مشمول ماده ۱۸۶ آئین نامه راهنمایی رانندگی و امتیازات ناشی از آن نمی گردد.

۹-۱-۵- رسیدن به پایگاه

- اعلام رسیدن کد به پایگاه/محل استقرار به واحد دیسپچ
 - نظافت و آلودگی زدایی در صورتی که در بیمارستان انجام نشده باشد، می بایست مطابق دستورالعمل پیوست شماره ۲۶ صورت پذیرد.
 - باز گذاشتن درب های کابین بیمار جهت خشک شدن رطوبت، تهویه هوا و تابش نور خورشید طی دقایقی در صورت مساعد بودن هوا
 - جایگزینی تجهیزات و داروهای مصرف شده
 - در صورت مشاهده مواردی مشکوک از نقص فنی، بررسی و چک مجدد آن در پایگاه و اعلام و ثبت موارد نقص
 - انجام پارک عملیاتی و اطمینان از قفل بودن درب های کد
- تذکره ۱: کارکنان عملیاتی تحت هیچ شرایطی نمی توانند از رفتن به مأموریت (با عناوین تجهیز، شستشو و سوخت گیری و...) خودداری کنند.
- تذکره ۲: کارکنان عملیاتی پس از دریافت ابلاغ مأموریت نباید در خصوص محدوده مأموریت با مناطق همجوار یا واحد دیسپچ بحث و جدل نمایند و در صورت بروز تخلف، کتبا پس از انجام مأموریت گزارش خود را جهت پی گیری به مسئول مربوطه تحویل دهند.
- تذکره ۳: در صورتی که آدرس اعلام شده با محل پایگاه فاصله زیاد داشته و یا به دلیل تشابه اسمی در منطقه ای دیگر واقع شده، کارکنان عملیاتی می بایست باید از دیسپچ در مورد ادامه مأموریت استعلام نمایند.



۱-۱-۵- استقرار

- عطف به دستورالعمل ابلاغی طی نامه شماره ۴۰۱/۸۶۰۲ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۱۸ و همچنین نامه شماره ۱۱۵/۲۰۱۸ مورخ ۱۳۹۸/۹/۲۳ (پیوست شماره ۲۷) با توجه به وظیفه اصلی سازمان، رسیدن فوری آمبولانس و پاسخ به نیاز مددجویان در اولویت بوده و هیچ استقراری نباید مانع این اصل شود. انجام استقرار بر اساس دو دستورالعمل یاد شده قابل انجام است.
- درخواست استقرار آمبولانس ۱۱۵ از طرف شورای تامین استان که ضرورت تمهیدات امنیتی را داشته، مشروط بر عدم ایجاد اختلال و وقفه در ارائه خدمات امکان پذیر می باشد.
- مراکز ورزشی و سایر دستگاه ها می بایست از ظرفیت مراکز آمبولانس خصوصی جهت پوشش مراسم و مسابقات بهره مند گردند.
- استقرارهای ابلاغی سازمان در طرح های ویژه سلامت از جمله: طرح سلامت نوروزی، امداد ساحلی، اربعین حسینی و استقرار جاده ها، مطابق دستورالعمل مربوطه لازم الاجرا می باشد.
- مراکز اورژانس پس از دریافت درخواست استقرار، مورد را بررسی نموده و در صورت تأیید معاونت فنی و عملیات مطابق با ضوابط پیش گفت و ارسال به واحد دیسپچ، اجرایی خواهد شد.
- با توجه به ضرورت استقرار در مکان مناسب و قابل رویت به ویژه استقرار جاده ای، ضرورت دارد مسئول پایگاه/مسئول استقرار با دقت نظر و لحاظ نمودن ایمنی و امنیت محل، مکان مناسب را شناسایی و به واحد دیسپچ و کارکنان مربوطه اعلام نماید.



- اعلام زمان و مکان دقیق استقرار توسط واحد دیسپچ به مسئول پایگاه جهت اجرا و توجیه کارکنان در خصوص نکات قابل توجه در آن استقرار
- حضور کامل و فعال کارکنان در طول مدت استقرار و پاسخ‌گویی مناسب به مراجعین و مددجویان مطابق اصول مندرج در پروتکل برخورد مشاور پزشکی/پروتکل آفلاین
- پرهیز از ترک موقعیت و یا جابه‌جایی افراد بدون هماهنگی با واحد دیسپچ
- در صورت مواجه شدن با بیمار واجد شرایط انتقال در استقرارهای خاص با تدابیر امنیتی، لازم است کارکنان با هماهنگی مسئول استقرار/فرمانده میدان/واحد دیسپچ در مورد اعزام یا تحویل به کد دیگر اقدام نمایند.
- لزوم پیش‌بینی امکانات رفاهی، اسکان و تغذیه مناسب کارکنان در استقرارهای بیش از دو ساعت
- استقرار و خدمت‌رسانی کدها در حوادث پرتلفات تحت نظر فرمانده صحنه/مدیر جانشین می‌باشد.
- خاتمه استقرار پس از اعلام مسئول مربوطه، توسط واحد دیسپچ به کدها صورت می‌پذیرد و در طول استقرار، کد عملیاتی بخشی از عملیات اورژانس بوده و تحت راهبری دیسپچ می‌بایست خدمت نماید.

۵-۲- نتیجه مأموریت

هدف

استاندارد نمودن نتایج خدمات ارائه شده در مأموریت‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی

تعاریف

مأموریت‌ها بر اساس وجود بیمار و عدم وجود بیمار به دو دسته تقسیم می‌شود:

۵-۲-الف- دارای بیمار

۱. انتقال به مرکز درمانی
۲. درمان سرپایی و توصیه مراجعه به مرکز درمانی
۳. عدم همکاری و اخذ امضاء
۴. فوت قبل از رسیدن کارکنان
۵. تحویل به آمبولانس دیگر



۵-۲-ب- بدون بیمار

۱. مأموریت کاذب/اشتباه
۲. عدم حضور بیمار
۳. لغو از طرف واحد اعزام و راهبری آمبولانس
۴. پایان استقرار

۵-۲-الف-۱- انتقال به مرکز درمانی: (۱۰-۲۶)

شامل مأموریت‌هایی است که ضمن هماهنگی با واحد اعزام و راهبری آمبولانس، بیمار یا مصدوم از محل فوریت به مرکز درمانی مناسب انتقال می‌یابد.

۵-۲-الف-۲- درمان سرپایی و توصیه به مراجعه به مرکز درمانی: (۱۰-۲۹)

شامل مأموریت‌هایی است که بر اساس تشخیص اولیه و طبق دستور مشاوره پزشکی، نیاز به انتقال فوری به مرکز درمانی نبوده و توصیه می‌شود بیمار یا همراهان، برای ادامه بررسی و درمان، به صورت سرپایی اقدام نمایند.

۵-۲-الف-۳- عدم همکاری و اخذ امضاء

شامل مأموریت‌هایی است که بیمار یا قیم و یا ولی قانونی وی به صورت آگاهانه و با اختیار از ادامه درمان یا انتقال بیمار به مرکز درمانی خودداری می‌کنند.

۵-۲-الف-۴- فوت قبل از رسیدن کارکنان

در مواردی که در زمان حضور پرسنل اورژانس بر بالین، بیمار فاقد علائم حیاتی بوده و پس از انجام عملیات احیای قلبی ریوی، احیا ناموفق باشد، فوت قبل از رسیدن کارکنان اعلام می‌گردد. به جز در موارد قطعی مرگ، اعلام فوت نیازمند تأیید پزشک مشاور تلفنی می‌باشد. در موارد قطعی مرگ، از نظر پزشکی قانونی نیازی به احیای قلبی ریوی بیمار نمی‌باشد و شامل موارد زیر می‌باشد:

۱. جدا شدن سر از بدن
۲. متلاشی شدن بدن یا صدمات مغایر با حیات
۳. جمود نعشی (سفت شدن عضلات) که 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.

۵-۲-الف-۵- تحویل به آمبولانس دیگر

شامل مأموریت هایی است که بیمار از یک کد عملیاتی به کد دیگر تحویل می شود و شامل موارد زیر است:

- تحویل و یا دریافت بیمار/مصدوم از/به اورژانس هوایی
- دریافت بیمار از موتور آمبولانس
- دریافت یا تحویل بیمار از/به اتوبوس آمبولانس
- دریافت بیمار از آمبولانس دچار نقص فنی یا دارای بیمار بیش از حد متعارف

در این موارد کد اول می بایست درخواست کد جدید ۵۱-۱۰ (شامل تعداد و نوع کد) را به واحد اعزام و راهبری آمبولانس اعلام نماید و تا رسیدن کد جدید و انجام فرآیند تحویل، طبق دستورالعمل های آفلاین و مشاوره پزشکی (در صورت نیاز) مراقبت های لازم را از بیمار به عمل آورد. بیمار/مصدوم می بایست در شرایط مناسب (شامل ثابت سازی، رگ محیطی و...) و ضمن رعایت اصول جابه جایی ایمن، تحویل کد جدید و همه اقدامات درمانی و مراقبتی انجام شده به کد جدید اعلام گردد. پیوستگی ارائه خدمت می بایست حفظ گردیده و در سیستم اتوماسیون عملیاتی، فرم PCR کد اول به فرم PCR کد تحویل گیرنده پیوست و قابل مشاهده گردد.

۵-۲-ب-۱- مأموریت کاذب / اشتباه: (۱۹-۱۰)

شامل مأموریت هایی است که بیمار/مصدوم برای ارائه خدمت وجود ندارد (آدرس و یا بیمار غیرواقعی) در این موارد با توجه به اعلام کارکنان عملیاتی، واحد اعزام و راهبری آمبولانس مأموریت را لغو می نماید. در صورتی که تعداد تماس با همان شماره به حدی باشد که موجب اختلال در عملیات گردد، این موارد می بایست به واحدهای حراست و حقوقی گزارش گردد تا پی گیری قانونی لازم صورت پذیرد.

۵-۲-ب-۲- عدم حضور بیمار: (۳۲-۱۰)

شامل مأموریت هایی است که پس از رسیدن کد عملیاتی به محل آدرس، معلوم می گردد بیمار یا بیماران وجود داشته ولی محل حادثه را به هر دلیلی (تاخیر واحد امدادی، بر طرف شدن مشکل فوریت های پزشکی یا...) ترک نموده اند. در این موارد واحد هدایت و راهبری آمبولانس، مأموریت را لغو می نماید.



۵-۲-۳- لغو از طرف واحد اعزام و راهبری آمبولانس (۱۹-۱۰)

شامل مأموریت‌هایی است که واحد اعزام و راهبری آمبولانس، پیش از رسیدن کد عملیاتی به بالین بیمار/مصدوم مأموریت را لغو می‌کند. دلایل عمده برای لغو مأموریت عبارتند از:

- بهبودی وضعیت بیمار و به درخواست تلفنی وی
- انتقال بیمار با وسیله شخصی
- اعزام یک واحد امدادی دیگر به صحنه حادثه
- اعزام به مأموریت دیگر با توجه به اولویت مربوطه

۵-۲-۴- پایان استقرار

شامل مأموریت‌هایی است که کد عملیاتی بنا به دستور واحد اعزام و راهبری آمبولانس جهت پوشش امدادی مراسم و مناسبات خاص، به موقعیت اعلام شده اعزام می‌گردد و پس از اتمام دوره استقرار یا بنا به ضرورت دیگر، پایان استقرار توسط دیسپچ اعلام می‌گردد.

۵-۳- درمان در محل

هدف

ایجاد فرآیندی استاندارد برای اینکه پس از ارزیابی بیمار (مددجو) و مشاوره پزشکی آنلاین، اقدامات درمانی اولیه انجام و طبق نظر پزشک مشاور، نیازی به اعزام بیمار یا مددجو نباشد.

روش کار

- کارکنان فوریت‌های پزشکی به محل فوریت بر بالین بیمار اعزام و پس از ارزیابی صحنه، ارزیابی بیمار، بررسی علائم حیاتی و گرفتن شرح حال و انجام معاینه بیمار، براساس محتمل‌ترین و مهم‌ترین تشخیص بالینی، مشاوره پزشکی به صورت آنلاین/ آفلاین انجام داده و عدم ضرورت اعزام بیمار به مرکز درمانی توسط پزشک اعلام گردیده و در سیستم اتوماسیون یا در فرم مربوطه ثبت می‌گردد.
- علائم و شواهد پیشرفت بیماری و علایم هشدار به بیمار/همراهان اطلاع داده شود تا در صورت تشدید علائم و وخیم‌تر شدن حال بیمار با ۱۱۵ تماس گرفته و درخواست کمک نمایند. این مورد می‌بایست با جزئیات ثبت گردد.



۵-۴- امتناع از دریافت مراقبت و یا انتقال

هدف

ایجاد یک فرآیند استاندارد برای موارد امتناع بیمار از دریافت مراقبت و یا انتقال و شناسایی اسناد ضروری مورد نیاز جهت درج در فرم سوابق مراقبتی بیمار (PCR) و شناسایی منابع پشتیبان

رضایت و برائت در درمان

هیچ بیمار عاقلی را نمی‌توان بدون رضایت وی و نیز تحصیل برائت از او به پذیرش درمان پزشکی وا داشت. در واقع اخذ رضایت در جهت احترام به حقوق بیمار و استقلال اوست.

رضایت

رضایت در لغت به معنای اجازه، رخصت، خشنودی، تسلیم شدن و موافقت و خرسندی آمده است. رضایت در اصطلاح حقوقی عبارت است از تمایل قلب به طرف یک عمل حقوقی که سابقاً انجام شده یا الان انجام می‌شود یا بعداً واقع خواهد شد. رضایت هر سه زمان، حال، گذشته، و آینده را شامل می‌شود. برخلاف قصد انشاء که فقط شامل زمان حال می‌شود.

رضایت‌نامه

عبارت است از امضاء مدرکی که بیمار قبل از تن دادن به هرگونه رضایت از کلیه خطرات عمل، راه‌های درمان و جایگزین و خطرات آن توسط پزشک آگاهی پیدا کند. نکته: افرادی می‌توانند از دریافت خدمات خودداری کنند و فرم رضایت و برائت‌نامه را امضا نمایند که دارای اهلیت قانونی باشند.

شرایط اهلیت قانونی

۱. بلوغ، عقل و رشد
 ۲. سفیه و صغیر نباشد؛ در مورد سفیه و صغیر باید از ولی یا قیم او رضایت گرفت. جز در موارد فوری و ضروری که برای جلوگیری از اتلاف وقت که اخذ رضایت لازم نیست.
 ۳. مصرف مواد روان گردان و مشروبات الکلی نداشته و از حالت طبیعی خارج نشده باشند.
- اشخاصی که دارو مصرف کرده و یا مست هستند، ممکن است به درجه‌ای از هوشیاری برسند که صلاحیت دادن رضایت آگاهانه را نداشته باشند. هرچند اگر عدم هوشیاری قابل توجه نباشد و پرسنل درمانی احساس



کنند که بیمار قادر به درک ماهیت درمان و عوارض آن می‌باشد، از بیمار رضایت و براءت اخذ نمایند. برای جلوگیری از هر مشکل و ادعای بی‌مورد این‌گونه بیماران، بهتر است که قبل از قبول رضایت بیمار، از درک بیمار در مورد ماهیت و عوارض درمان یقین حاصل کرده و تمام آن‌ها را در فرم براءت ثبت نمایند.

رضایت در موارد اورژانسی

اخذ رضایت و براءت از بیمار در موارد اورژانس پزشکی لازم نیست و به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می‌شود که می‌بایست بیماران سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار گیرند و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی یا نقص عضو و یا عوارض صعب‌العلاج و غیرقابل درمان خواهند شد (مانند مسمومیت‌ها، سوختگی‌ها، زایمان‌ها، حوادث ترافیکی، سکته‌های مغزی و قلبی، اغما، خفگی، اختلالات شدید تنفسی و غیره)

در مواردی که نیاز به انتقال بیمار می‌باشد اما بیمار یا حاضرین راضی به انتقال نمی‌باشند، می‌بایست در صورت هوشیار بودن بیمار از خود شخص و در غیر این صورت از بستگان صلاحیت‌دار پس از احراز هویت اخذ امضا گردد. در صورت فقدان موارد ذکر شده، رضایت و براءت دادستان (مدعی العموم) یا عوامل انتظامی به عنوان ضابط عام قوه قضاییه صورت جلسه شود.

معاینه افراد ذیل بدون اخذ رضایت انجام می‌گیرد:

۱. معاینه افراد متهم و زندانی
۲. معاینه افراد به دستور مقام قضایی
۳. معاینه پزشکی قانونی
۴. معاینه بیماری‌های همه‌گیر
۵. معاینه داوطلبان استخدامی
۶. معاینه دانش آموزان از لحاظ بهداشت عمومی
۷. معاینات دوره بهداشتی کارکنان

شرایط رضایت‌نامه معتبر

- اخذ رضایت کتبی
- اخذ رضایت از بیمار یا ولی قانونی وی
- ثبت امضا و ترجیحا اثر انگشت رضایت‌دهنده



- تنظیم رضایت‌نامه به زبان ساده، روشن و قابل فهم
- احراز عقل و شعور رضایت‌دهنده
- احراز سن قانونی رضایت‌دهنده
- اخذ رضایت آگاهانه
- اخذ رضایت بدون تهدید و یا فشار
- ثبت امضا و اثر انگشت شاهد

شرط رضایت آگاهانه

- تشریح وضعیت
- شرح مناسبی از فرآیند مورد استفاده و عواقب مورد انتظار آن‌ها
- شرح منافع مورد انتظار و عواقب احتمالی ناشی از عدم انجام خدمت
- پیشنهاد پاسخ‌گویی به سؤالات بیمار
- مطلع ساختن بیمار از معالجات پزشکی یا جراحی که به عهده مستقیم پزشک بوده و قابل انتقال به دیگری نیست.

نکات

- * برای افراد نابالغ و محجورین و افراد مسنی که قادر به اداره امور خود نیستند، ولی یا قیم قانونی باید رضایت‌نامه را مطالعه و امضا کند. (طبق ماده ۴۹ قانون مدنی ۱: "فرد نابالغ فردیست که به بلوغ شرعی نرسیده است" ولی در اکثر کتب اخلاق پزشکی بلوغ قانونی، رسیدن به سن ۱۸ سال، مد نظر است).
- طبق نظریه اداره حقوقی قوه قضائیه منظور از نمایندگان قانونی در مورد اعمال جراحی و طبی مذکور در بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ عبارتند از ۱- پدر ۲- جد پدری ۳- وصی ۴- قیم ۵- مادر صغیری که حضانت و تامین هزینه‌های زندگی صغیر با او می‌باشد.
- * اگر پدر و مادر کودک متارکه کرده باشند؛ کسی که حضانت فرزند را به عهده گرفته مسئول است و باید رضایت‌نامه را مطالعه و امضا کند.
- * در برگ برائت‌نامه باید بیمار یا ولی قانونی وی با دست خط خود عین جمله‌ی "علی‌رغم توصیه کارکنان اورژانس جهت درمان و انتقال به بیمارستان و تشریح عوارض عدم انتقال، با رضایت خودم راضی به انتقال نمی‌باشم" را نوشته و امضا نماید.



- * در خصوص امضای براثت نامه های تایپ شده، برای اینکه مورد تأیید محاکم قضایی و رافع مسئولیت باشد، بهتر است بیمار یا ولی ایشان بعد از نوشتن عبارت "متن فوق را مطالعه و تأیید می نمایم"، برگه را امضا کنند.
- * کارکنان فوریت های پزشکی باید در صورت امکان در حضور شاهد فرم را امضا نمایند. شاهد می تواند یک عضو خانواده بیمار، عضوی از یک مرکز خدمات عمومی که مسئول درمان و ارزیابی بیمار نباشد، یا فردی که خود بیمار به عنوان شاهد انتخاب می کند، باشد. در این صورت می بایست مشخصات هویتی شاهد و نسبت او با بیمار در فرم عنوان گردد.
- * در صورتی که بیمار یا نماینده قانونی او قادر به خواندن فرم براثت نامه نباشد، باید فرم به زبان مناسب برای ایشان قرائت شود.
- * کارکنان باید در برخی شرایط حضور مجریان قانون را درخواست نمایند. برای مثال بیمار محجور، سفیه، افرادی که حالت روانی طبیعی و درجه هوشیاری کامل ندارند.

روش کار

۱. همواره این فرض باید ملاک باشد که بیمار نیاز به مراقبت پزشکی و انتقال دارد.
۲. بیمار و صحنه را ارزیابی کنید و فرآیند انجام مأموریت را مطابق دستورالعمل انجام دهید.
۳. در صورتی که بیمار یا نماینده وی ارزیابی را پذیرفتند، این موضوع را به طور دقیق ثبت نمایید و به دیسپچ اعلام نمایید.
۴. بررسی کنید که آیا بیمار صلاحیت لازم برای رد دریافت خدمات را دارد.
۵. تعیین کنید که فرد، مجاز به امتناع از دریافت مراقبت و امضای فرم براثت نامه است.
۶. به طور واضح هم درمان و هم انتقال به بیمارستان را پیشنهاد داده و در PCR ثبت نمایید.
۷. مخاطرات عدم دریافت درمان پزشکی/انتقال را شرح داده و ثبت کنید که بیمار متوجه خطرات بالقوه و مزایای درمان و انتقال شده است و نیز علائم هشدار به وی/همراهان تذکر داده شده است.
۸. در مواردی که بیمار/همراه بیمار علی رغم ارائه توضیحات کارکنان از دریافت خدمات امتناع می ورزد، در موارد سکته قلبی، سکته مغزی، تروما و مسمومیت که اندیکاسیون قطعی اعزام دارند؛ می بایست قبل از امضا برگه براثت نامه، پزشک مشاور با ایشان صحبت نموده و راهنمایی های لازم را ارائه نماید و سپس در صورت امتناع مجدد اخذ امضا صورت پذیرد (مطابق دستورالعمل ابلاغی پیوست شماره



۹. فرم برائت‌نامه را برای بیمار یا تصمیم‌گیرنده پزشکی معین شده‌ی بیمار فراهم کرده و توضیح دهید. فرم برائت‌نامه را به امضای و ثبت اثر انگشت بیمار یا نماینده‌ی قانونی وی برسانید. بیمار یا نماینده قانونی وی با دست خط خود عین جمله "علی‌رغم توصیه کارکنان اورژانس جهت درمان و انتقال به بیمارستان و تشریح عوارض عدم انتقال، با رضایت خودم راضی به انتقال نمی‌باشم" را حتما نوشته و امضاء نمایند.

۱۰. در صورت امکان در حضور شاهد فرم به برسد. همچنین از شاهد نیز امضا گرفته شود. کارکنان فوریت‌های پزشکی سعی کند که این شاهد یک شاهد اختیاری باشد. نظیر:

- یک عضو خانواده بیمار
- فردی که بیمار به عنوان شاهد انتخاب نماید.
- عضوی از یک مرکز خدمات عمومی که به طور مستقیم مسئول درمان و ارزیابی بیمار نباشد (مانند پلیس و...)

۱۱. اگر بیمار صحنه را ترک کند یا حاضر به گوش دادن توضیحات مربوط به اخذ فرم برائت‌نامه نباشد، شرایط باید به دقت در فرم PCR ثبت و شرایط صحنه جهت ثبت و ضبط از طریق بیسیم/تلفن به اداره ارتباطات اطلاع داده شود. موارد بند زیر می‌بایست به پلیس جهت مداخله اطلاع داده شود و بدیهی است در این شرایط برگه برائت‌نامه پر نمی‌گردد.

۱۲. کارکنان فوریت‌های پزشکی باید در شرایط زیر درخواست حضور پلیس را نمایند:

- الف- اگر والدین یا تصمیم‌گیرنده قانونی پزشکی فرد نابالغ، از دریافت مراقبت امتناع می‌ورزد و برنامه‌ی فوری برای درمان کودک خردسال، سالمند یا بزرگسالی ندارند.
- ب- در صورتی که کارکنان فوریت‌های پزشکی به سوءاستفاده از کودک، سالمند یا بزرگسال وابسته و یا خشونت خانگی مظنون شود. (در این موارد حضور اورژانس اجتماعی نیز ضرورت دارد)
- ج- در مواردی که بیمار صلاحیت رد درمان را نداشته اما اجازه مداخله به کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی نمی‌دهد.
- د- چنانچه بیمار در شرایط بالینی ناپایدار/اختلال هوشیاری (مانند موارد مسمومیت، ضربه به سر، کودکان و سالمندان و...) قرار دارد.

۱۳. به بیمار یا تصمیم‌گیرنده قانونی بیمار توصیه کنید که مورد پزشکی بیمار را پی‌گیری و رسیدگی نمایند



و یک نفر به عنوان همراه بیمار حضور داشته باشد.

۱۴. هیچ بیماری نباید تشویق به رد ارزیابی، درمان یا انتقال شود و بیمار باید آغازگر هر بحثی راجع به امتناع از دریافت مراقبت و یا انتقال باشد.

۱۵. ارزیابی، درمان یا انتقال هیچ فردی نباید براساس سن، جنس، نژاد، اعتقاد، رنگ، ملیت، وضعیت اقتصادی، زبان، ترجیحات جنسیتی، بیماری یا آسیب صورت پذیرد.

۱۶. برای بیماران خارجی زبان که براثت نامه را پر می کنند، باید توضیحات و راهنمایی ها به زبان خود بیمار توسط کارکنان فوریت های پزشکی یا مترجم داده شود.

۱۷. در صورتی که بیمار یا تصمیم گیرنده ی قانونی پزشکی بیمار، قادر به خواندن فرم براثت نامه نباشد، بایستی فرم به زبان مناسب برای ایشان قرائت شود.

۱۸. وجود استامپ و جوهر داخل جامبگ جهت استفاده در موارد مذکور ضرورت دارد.

۵-۵- انتقال به بیمارستان

هدف

ارائه نتایج مطلوب و تکمیل فرآیند درمان با انتقال هدفمند بیمار به مرکز درمانی

روش کار

۱. طی شدن مراحل قبل فرآیند از جمله دریافت مأموریت، اعزام به محل حادثه و ارزیابی و معاینه بیمار

۲. انجام مشاوره پزشکی مطابق بند شماره ۳-۴

۳. مشخص شدن اندیکاسیون انتقال بیمار به مرکز درمانی

۴. تماس با واحد پذیرش اداره ارتباطات جهت تعیین بیمارستان و سانتر تخصصی مورد نیاز طبق نظر پزشک مشاور

۵. اگر بیمار یا همراهان وی درخواست اعزام به مرکز خاصی را داشتند، می بایست مراتب به واحد پذیرش/ اداره ارتباطات منعکس گردد تا مطابق دستورالعمل های مربوطه تصمیم گیری گردد.

۶. در زمان اعزام بیمار به بیمارستان، حضور یکی از کارکنان عملیاتی بر بالین بیمار در کابین عقب ضروری است.

۷. اگر بیمار در شرایط تهدید حیات/پس از احیا باشد؛ کارکنان عملیاتی کد موظفند بیمار را به نزدیک ترین



مرکز درمانی منتقل نموده و به واحد دیسپچ نیز اطلاع دهند.

۸. واحد دیسپچ موظف است کد حامل بیمار بدحال را به مرکز درمانی مد نظر اطلاع داده تا واحد اورژانس بیمارستان آمادگی لازم را ایجاد نمایند.

۹. در موارد خاص که تعداد بیماران/مصدومین بیش از ۳ نفر می باشند (و یا دو بیمار که امکان انتقال با یک کد نباشد)، اولین کد عملیاتی در صحنه باقی می ماند و نقش مدیریت صحنه و تریاژ بیماران را به عهده می گیرد. در صورت رسیدن کد اتوبوس آمبولانس یا موتور آمبولانس، این وظیفه به ایشان واگذار می گردد. در صورت حضور فرمانده عملیات (طبق دستورالعمل محلی) وظایف طبق دستور ایشان انجام خواهد شد.

تذکره: در همه موارد عملیاتی، تصمیم دیسپچ در اولویت بوده و در صورتی که دستور به انتقال بیمار ابلاغ شود، انجام خدمت طبق دستور دیسپچ الزامی است.

۱۰. در صورت وقوع نقص فنی آمبولانس حین انتقال بیمار، کارکنان عملیاتی موظفند موارد را به اداره ارتباطات اطلاع داده تا آمبولانس جایگزین به محل اعزام گردد. بدیهی است مراقبت از بیمار تا رسیدن کد جدید به عهده پرسنل کد اول می باشد. در صورت دسترسی به تعمیرگاه سیار می بایست هم زمان جهت فراخوان ایشان اطلاع رسانی گردد.

۱۱. مطابق تمهیدات و توافق بعمل آمده با معاونت درمان وزارت بهداشت و پیرو ابلاغ شماره ۴۰۰/۳۱۴۱۶ مورخ ۹۷/۱۲/۱۳ پیوست شماره ۲۹ محل تحویل بیماران در بیمارستان مطابق الگوی زیر می باشد.

ردیف	نوع بیمار یا مصدوم / بیمار	نام واحد تحویل گیرنده	تحویل گیرنده
۱	بیماران سکنه حاد قلبی با کد ۲۴۷	واحد کت لب	تیم کد ۲۴۷
۲	بیماران سکنه حاد مغزی با کد ۷۲۴	واحد سی تی اسکن	تیم کد استروک
۳	بیماران و مصدوم با کد ۳۵۰	کد ۳۵۰ بیمارستان ها	تیم ۳۵۰
۴	بیماران و مصدومین بدحال (شامل بیماران بدحال کد ۷۲۴ و ۲۴۷)	واحد CPR	پزشک مقیم
۵	سایر بیماران/مصدومین	واحد تریاژ	پرستار تریاژ

۱۲. همکاران کد آمبولانس با مشارکت واحد مربوطه بیمار را ضمن رعایت اصول ایمنی به واحد مربوطه تحویل داده و در خصوص شرایط صحنه، شرح حال، معاینات، مراقبت ها و درمان های انجام شده به



واحد تحویل گیرنده توضیحات لازم ارائه گردد.

۱۳. در مورد اپیدمی‌ها و بیماری‌های همه‌گیر خاص (از جمله کرونا ویروس، آنفلوانزا و...) محل انتقال و واحد تحویل گیرنده طبق دستورالعمل‌های ابلاغی مربوطه انجام گردد.

۱۴. تحویل بیمار به بیمارستان به صورت الکترونیکی و از طریق وارد کردن کد ویژه پزشک/پرستار بیمارستان روی دستگاه الکترونیکی PDA کارکنان صورت می‌پذیرد. (هر پزشک/پرستار یک کد واحد دارد) در شرایط ایده آل این فرآیند به صورت غیرکاغذی (paperless) صورت می‌پذیرد و لازم به ذکر است در تمامی مراحل عملیات، نظارت نیروی انسانی و در نظر گرفتن شرایط پشتیبانی، در صورت اختلال شبکه الزامی است. در صورت عدم دسترسی به تحویل الکترونیکی، فرم کاغذی PCR ممه‌ور به مهر پزشک/پرستار تریاژ بیمارستان گردیده و نسخه دوم فرم تحویل بیمارستان گردد.

۱۵. کارکنان فوریت‌های پزشکی موظفند علاوه بر تحویل فرم PCR، نسبت به ارائه توضیحات شفاهی در خصوص صحنه حادثه، شرح حال، معاینات و اقدامات درمانی صورت پذیرفته از صحنه تا بیمارستان اقدام و به سؤالات احتمالی پرستار تریاژ و پزشک اورژانس پاسخ دهند.

۱۶. کارکنان عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی، باید با همکاری کارکنان بخش اورژانس بیمارستانی، فرآیند انتقال مصدوم/بیمار از برانکارده به تخت اورژانس را طبق فرآیند انتقال ایمن انجام دهند.

۱۷. در فرآیند تحویل بیمار/مصدوم به بیمارستان، تجهیزات ثابت‌سازی شامل کلار گردنی، آتل‌های یکبار مصرف اندام و تخته پستی بلند (LBB) از مصدوم/بیمار جدا نگردد و جایگزین آن از بیمارستان تحویل گردد.

۱۸. در صورت انتقال بیمار/مصدوم فاقد همراه می‌بایست کارکنان عملیاتی تمامی وسایل و اقلام (ساک، کیف پول و اقلام قیمتی و گوشی موبایل و...) را طی صورت جلسه به واحد انتظامات/پلیس حاضر در بیمارستان تحویل نمایند و گزارشات مربوطه در فرم PCR به دقت ثبت گردد.

۱۹. در مواردی که بیمار تحویل شده ولی به هر دلیل از خروج آمبولانس ممانعت بعمل آید، ارشد کد باید با مسئول بخش اورژانس/سوپروایزر مذاکره نماید و در موارد طولانی شدن زمان خروج آمبولانس از بیمارستان، دخالت واحد پذیرش/دیسپچ اداره ارتباطات ضروری است.

۲۰. کارکنان فوریت‌های پزشکی باید در صورت نبود تخت خالی در بخش اورژانس، موضوع را به واحد پذیرش اداره ارتباطات گزارش نموده و تا زمان تعیین تکلیف انتقال مصدوم/بیمار در بیمارستان،



مراتب را از طریق پرستار تریاژ و مسئول بخش اورژانس پی گیری نمایند.

۲۱. در صورت آلوده شدن کابین بیمار به خون و ترشحات می بایست مطابق دستورالعمل ابلاغی (پیوست

شماره ۲۵) شستشوی آمبولانس و آلودگی زدایی در بیمارستان صورت پذیرد و لذا زباله های عفونی

نباید به پایگاه منتقل گردد.

۲۲. بعد از طی فرآیند تحویل مصدوم/ بیمار به بیمارستان، کارکنان فوریت های پزشکی موظفند نسبت به

اعلام خاتمه مأموریت (۲۴-۱۰) اقدام نماید.

۲۳. برگشت به پایگاه ضمن اعلام به واحد دیسپچ و آماده بودن جهت انجام مأموریت احتمالی جدید در

حین بازگشت

۲۴. اعلام رسیدن کد به پایگاه (۸-۱۰) و اقدام جهت شستشو و گندزدائی آمبولانس/ تجهیزات حسب

مورد و تجهیز نمودن مجدد آمبولانس به اقلام مورد نیاز

۲۵. عدم انتقال شامل یکی از موارد زیر می باشد:

- عدم فوریت: تشخیص عدم فوریت با نظر پزشک صورت می پذیرد و توصیه های لازم در مورد هشدارهای بدتر شدن شرایط بیماری و توصیه به مراجعه سرپایی به بیمار و همراهان صورت گیرد.
- مرگ بیمار: به جز در موارد اندیکاسیون های مرگ قطعی (شواهد مغایر با حیات مانند جدا شدن سر از بدن- جمود نعشی، متلاشی و تجزیه شدن بدن) تشخیص مرگ با نظر پزشک مشاور است.
- عدم رضایت بیمار یا همراهان: مطابق فرآیند ذکر شده در بند شماره ۵-۴ اقدام گردد.

۵-۶- هدایت عملیات و بحران(EOC)

مرکز EOC: واحد هدایت عملیات وزارت بهداشت/دانشگاه، یک مکان فیزیکی دارای ساختاری مقاوم و

سازمان یافته با بستر ارتباطی قوی و زیرساخت های چند لایه می باشد که به منظور حمایت از فرآیند کنترل،

مدیریت و پاسخ به حوادث طراحی شده است.

هدف کلی

پیش بینی، پیش گیری، پایش و بررسی حوادث پرتلفات، مخاطرات حوزه سلامت و ارتقای توان عملیاتی حوزه

سلامت در پاسخ به آن



منشور اخلاقی فعالیت مراکز هدایت عملیات و بحران

۱. حفظ جان و مال انسان‌ها
۲. مراقبت از حادثه دیدگان
۳. محدود ساختن تبعات حوادث بزرگ
۴. محدود ساختن آسیب وارده ناشی از حوادث بزرگ
۵. بازگرداندن آرامش و اطمینان به مردم و جامعه
۶. بازگرداندن وضعیت به شرایط عادی در کوتاه‌ترین زمان ممکن

قابلیت‌ها

۱. ایجاد مکانی جهت حضور اعضای تیم مدیریت بحران‌ها بطور مشخص
۲. ایجاد بستر مناسب جهت مدیریت بحران‌ها از قبیل سیستم‌های ارتباطی/ تجهیزات مخابراتی و غیره
۳. فعال‌سازی تیم مدیریت بحران هر سازمان در کوتاه‌ترین زمان ممکن
۴. ایجاد بستر مناسب انجام مانورهای (تمرینی) برای اعضای مدیریت بحران‌ها
۵. ایجاد یک مکان امن جهت مدیریت بحران‌ها (از لحاظ سازه‌ای)
۶. ایجاد بستر مناسب جهت اشتراک‌دهی اطلاعات واحدهای مختلف هر سازمان
۷. ایجاد فضای قابل ارزیابی مستمر بحران‌ها
۸. فراهم نمودن امکان حضور افراد ثابت در مدیریت بحران‌ها
۹. فراهم نمودن یک مکان جمع‌آوری اطلاعات حادثه
۱۰. فراهم نمودن یک مکان جمع‌آوری اطلاعات استعدادها
۱۱. ایجاد مکان مشخص جهت ثبت نیازها و درخواست‌ها
۱۲. ایجاد پل ارتباطی بین سازمان و سازمان‌های همکار
۱۳. فراهم نمودن مکان معتبر اطلاع‌رسانی در خصوص حادثه
۱۴. ایجاد بستر مناسب جهت ارزیابی اولیه حادثه در لحظات اولیه
۱۵. فراهم نمودن مکانی جهت پیش‌بینی حوادث و بلایای احتمالی با توجه به شواهد و قرائن
۱۶. داشتن آمادگی برای حضور مستمر تیم‌های عملیاتی مدیریت بحران
۱۷. فراهم نمودن مکانی تصمیم‌گیرنده خارج از بروکراسی اداری



۱۸. ایجاد فضایی با اعضای پاسخگو در مقابل بحران‌ها
۱۹. فراهم نمودن آمادگی جهت مدیریت حوادث نادر
۲۰. ایجاد فضایی جهت تجمیع آخرین دستاوردهای تکنولوژی مرتبط با مدیریت بحران‌ها

روش کار

۱. دریافت گزارشات حوادث ویژه شامل حوادث ترافیکی سنگین، انفجار، سیل، زلزله و... از مراکز فوریت‌های پزشکی/واحدهای تابعه دانشگاه، سازمان‌های همکار و پشتیبان و سایر مراجع ذی‌ربط به‌صورت آنی و ۲۴ ساعته و هفت روز هفته
۲. اطلاع‌رسانی به مراکز فوریت‌های پزشکی و سایر مراکز امدادی و اعلام ایجاد آمادگی در زمان وقوع حوادث و بلایا
۳. ایجاد بانک جامع اطلاعات آماری در زمینه حوادث ترافیکی، غیرترافیکی و حوادث غیرمترقبه به تفکیک مراکز اورژانس پیش‌بیمارستانی و مدیریت حوادث به‌صورت روزانه، ماهانه با داده‌های زمانی خاص و مقایسه با گزارشات آماری مراکز پلیس، پزشکی قانونی و...
۴. پایش وضعیت ارائه خدمات در حوزه‌های سلامت و تهیه و به‌روزرسانی سامانه هشدار سریع و اعلام وضعیت در خصوص شرایط بحرانی
۵. ایجاد هماهنگی با سایر حوزه‌های وزارت متبوع و حوزه‌های خارجی پس از بروز و وقوع حوادث غیرمترقبه و بلایا به منظور مرتفع نمودن نیازهای بهداشتی و درمانی مددجویان
۶. تدوین سامانه فرماندهی حادثه در حوزه سلامت و تشکیل ستاد بحران هنگام مواجهه با حوادث سنگین و بلایا و هدایت فرماندهی عملیات بحران هنگام مواجهه با حوادث سنگین و بلایا و هدایت فرماندهی عملیات بحران در حوزه مربوطه
۷. ایجاد تعاملات آماری با سایر حوزه‌های مراکز اورژانس پیش‌بیمارستانی و مدیریت حوادث و وزارت متبوع و تلاش در جهت تهیه و ارائه شاخص‌های آماری
۸. انجام فعالیت به‌صورت شبانه‌روزی در راستای هماهنگی، دریافت و ثبت اطلاعات مربوط به حوادث از طریق تلفن، رسانه‌های خبری (early warning system) و سایر مجاری ارتباطی دسترسی به اطلاعات
۹. ارزیابی و نظارت بر عملکرد اتاق بحران مراکز هدایت عملیات و بحران زیر مجموعه



- مرکز هدایت عملیات بحران در شرایط عادی اقدامات ذیل را بایستی انجام دهد:
۱. تجهیز مراکز هدایت عملیات بحران به آخرین تکنولوژی مدیریت بحران
۲. بررسی دوره‌ای عملکرد تجهیزات جهت استفاده مؤثر در زمان بحران
۳. تعیین نیروهای ثابت و پاسخ‌گو جهت مدیریت بحران
۴. تعیین نیروهای عملیاتی در زمان مدیریت بحران
۵. مانیتورینگ وضعیت‌های جوی
۶. مانیتورینگ سایت‌های مرتبط با زمین لرزه و بلایای طبیعی
۷. پی‌گیری اخبار مربوط به حوادث انسانی ساز
۸. انجام چک‌آپ دوره‌ای کلیه تجهیزات EOC
۹. پایش و مانیتورینگ فعالیت مراکز هدایت عملیات بحران میدانی و منطقه‌ای و ملی
۱۰. انجام مانورهای میدانی رومیزی
۱۱. پایش مسیرهای دسترسی
۱۲. مرور حوادث و بلایای گذشته و بررسی نقاط ضعف و قوت، چالش‌ها و تهدیدها
۱۳. تهیه و به روزرسانی disaster plan/action plan

۵-۷- پایش مدیریت عملیات



هدف

ایجاد فرآیندی استاندارد برای اینکه سطوح مختلف مدیریتی به صورت آنلاین یا آفلاین، قابلیت دسترسی به کلیه مأموریت‌های سطوح پایین دستی خود را داشته باشد و قادر به مشاهده میانگین عملکرد زیرمجموعه



خود در فعالیتهای مهم و اولویت دار بوده و همچنین، در مواردی که فرآیندهای عملیاتی مختلف در حوزه اورژانس پیش بیمارستانی به شکل مخاطره آمیز از استاندارد لازم فاصله می گیرد به سرعت در جریان بروز مشکل قرار گیرد و همچنین دسترسی به آمار وضعیت کلیه وسایل و تجهیزات موجود در پایگاه ها و کدهای عملیاتی زیر مجموعه خود را داشته باشد.

تعاریف

۱. داشبورد مدیریتی: قسمتی از سامانه که به طور مستقل قابلیت دسترسی برای سطوح مختلف مدیریتی بر اساس هر سطح مدیریت ایجاد می کند و شاخص ها و اطلاعات مورد نیاز مدیریتی در حوزه عملیات را نشان می دهد.
 ۲. سطوح مختلف مدیریتی: از مسئول یک پایگاه اورژانس ۱۱۵ تا معاون عملیات اورژانس کشور را در بر می گیرد.
 ۳. شاخص های مورد نیاز مدیریتی: نسبت وضع موجود به وضع استاندارد که توسط سامانه محاسبه شده و در مواردی که بروز یا تداوم آن با احتمال مخاطره تلقی می شود به سطح مربوطه آلام می دهد.
 ۴. اتفاقات و حوادث پر اهمیت از دیدگاه مدیریتی: مواردی که بروز آن نشانه احتمال مختل شدن برخی از فرآیندهاست و به خودی خود باید اعلام گردد مانند سانحه شدید آمبولانس و تخریب پایگاه و...
 ۵. مأموریت های سطوح پائین دستی: تمامی مأموریت هایی که توسط کارکنان عملیاتی در حوزه های مختلف اورژانس پیش بیمارستانی اعم از ارتباطات و پایگاه های ۱۱۵ صورت می گیرد.
- با توجه به ویژگی عملکرد اورژانس پیش بیمارستانی، زمان ارائه خدمات به مددجویان اهمیت کلیدی دارد.
- این زمان ها شامل نقاط زمانی و بازه های زمانی می باشد که در جداول زیر تعریف گردیده است.
- تبصره: استانداردهای زمانی ذکر شده در ۸۰ درصد موارد می بایست رعایت گردد.



جدول بازه‌های زمانی اصلی در فرآیندهای عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی

	استاندارد زمان			
مدت زمان صرف شده از لحظه برقراری تماس مددجو تا لحظه پاسخ‌گویی پرستار تریاژ تلفنی	۸S	زمان پیش درآمد	Announce Time (T_0-T_1)	D_a
مدت زمان صرف شده از لحظه پاسخ‌گویی پرستار تریاژ تا لحظه ارسال فایل به واحد اعزام و راهبری آمبولانس یا تصمیم به عدم اعزام آمبولانس	۹۰S	زمان تریاژ تلفنی	Triage Time (T_1-T_3)	D_t
مدت زمان صرف شده جهت مشاوره بیمار از لحظه ارسال فایل به واحد اعزام و راهبری (در مواردی که برای بیمار آمبولانس اعزام نمی‌شود از ابتدای زمان تماس)* تا لحظه قطع تماس و بستن فایل تریاژ تلفنی	بر اساس نیاز ممکن است تا زمان رسیدن آمبولانس ادامه پیدا کند	زمان مشاوره	Consulting Time (T_3-T_6)	D_c
مدت زمان صرف شده از لحظه ارسال فایل به واحد اعزام و راهبری آمبولانس تا لحظه ارسال پیام به پایگاه (ابلاغ فوریت به پایگاه)	۶۰S	زمان فراخوان	Triage Time (T_1-T_3)	D_t
مدت زمان صرف شده از لحظه پاسخ‌گویی پرستار تریاژ تا لحظه ابلاغ فوریت به پایگاه	۱۵۰S	زمان کنش	Dispatch Action Time (T_1-T_4)	D_{ac}
مدت زمان صرف شده از لحظه ابلاغ فوریت به پایگاه تا لحظه حرکت کد به سمت محل فوریت	در روز: ۶۰ ثانیه در شب: ۹۰ ثانیه	زمان کنش	Reaction Time (T_4-T_5)	D_{re}
مدت زمان صرف شده از لحظه برقراری تماس مددجو تا لحظه رسیدن کارکنان به محل فوریت	برون شهری: ۱۴ دقیقه کلان شهرها: ۱۲ درون شهری شهرها: ۸ دقیقه	زمان پاسخ‌گویی	Response Time (T_0-T_6)	D_r
مدت زمان صرف شده از لحظه رسیدن به محل فوریت تا لحظه حرکت به سمت بیمارستان نکته: در موارد ۷۲۴ این زمان ۵ دقیقه است.	کم‌تر از ۲۰ دقیقه* این زمان می‌بایست در حداقل زمان ممکن رعایت شود به جز در موارد خاص (ضرورت‌های امنیتی، احیای بیمار و یا اشکال در خروج از صحنه)	زمان صحنه	Scene Time (T_6-T_7)	D_s
مدت زمان صرف شده از لحظه حرکت کد به سمت بیمارستان تا لحظه رسیدن به تریاژ بیمارستان	-	زمان انتقال	Transportation Time (T_7-T_8)	D_{tr}
مدت زمان صرف شده از لحظه رسیدن به بیمارستان تا لحظه حرکت کد از بیمارستان به سمت پایگاه	۱۵ دقیقه	زمان ماندگاری در بیمارستان	Inhospital Time (T_8-T_9)	D_h



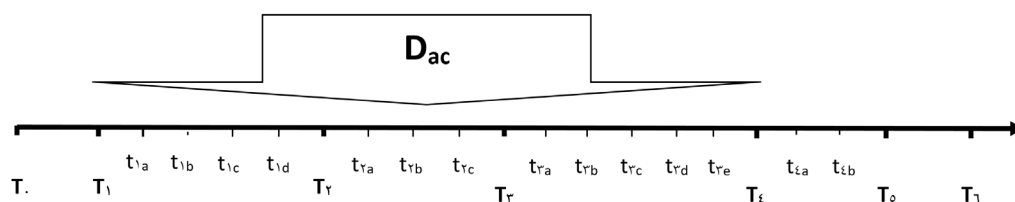
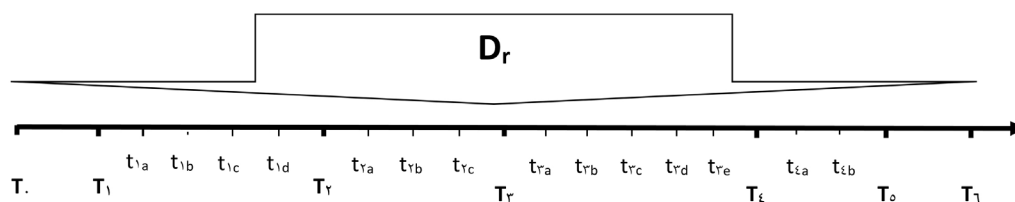
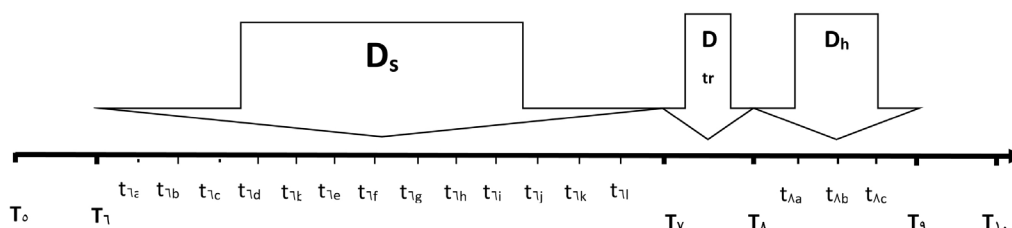
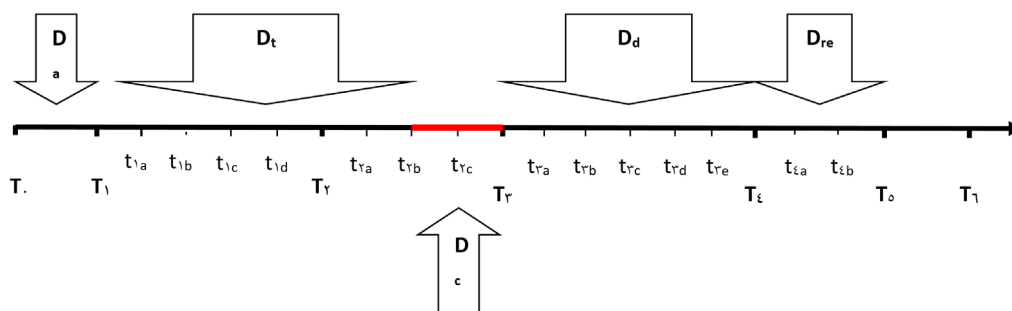
■ در مواردی که آمبولانس اعزام نمی شود زمان مشاوره و زمان تریاژ تلفنی برابرند.

نقاط زمانی در فرآیندهای عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی		
لحظه برقراری تماس مددجو با ۱۱۵	T_1	
لحظه پاسخ گویی پرستار تریاژ تلفنی	T_1	
لحظه تعیین تکلیف پرستار تریاژ تلفنی	t_{1a}	
لحظه ارسال فایل به ۱۰-۵۰	t_{1b}	
لحظه دریافت پیام پرستار توسط ۱۰-۵۰	t_{1c}	
لحظه تصمیم گیری ۱۰-۵۰ و ارسال به تریاژ تلفنی	t_{1d}	
لحظه آدرس گیری از مددجو	T_2	
لحظه ثبت کلید ارسال	t_{2a}	
شروع مشاوره با توجه به مشکل اصلی بیمار	t_{2b}	
لحظه ثبت هریک از کلیدهای بستن فایل ۱۱۵	t_{2c}	
لحظه ارسال فایل به واحد اعزام و راهبری آمبولانس	T_3	
لحظه نمایش پرونده جدید در واحد اعزام و راهبری آمبولانس	t_{3a}	
لحظه دریافت فایل در واحد اعزام و راهبری آمبولانس	t_{3b}	
لحظه جابه جایی پرونده جدید بین جایگاههای مختلف واحد اعزام و راهبری	t_{3c}	
لحظه اعلام مأموریت به پایگاه	t_{3d}	
لحظه اعلام دریافت مأموریت توسط پایگاه	T_4	
لحظه ثبت کد کارکنان عملیاتی عملیاتی توسط اپراتور واحد اعزام و راهبری	t_{4a}	
لحظه ۱۰-۹۶ به سمت محل فوریت	T_5	
لحظه ۱۰-۹۷ محل فوریت	T_6	
لحظه ۱۰-۹۷ بالین بیمار	t_{6a}	
لحظه درخواست ۱۰-۵۰	t_{6b}	
لحظه شروع مشاوره با ۱۰-۵۰	t_{6c}	
لحظه اتمام مشاوره با ۱۰-۵۰ و تعیین نتیجه فوریت	t_{6d}	
لحظه انتخاب بخش مورد نیاز بیمار توسط پزشک ۱۰-۵۰ و ارسال پرونده بیمار به واحد پذیرش	t_{6e}	
لحظه ارسال پیام از کارکنان به پذیرش جهت پیشنهاد بیمارستان مورد نظر از سوی پذیرش	t_{6f}	
لحظه اعلام بیمارستان مناسب به کارکنان	t_{6g}	
لحظه اعلام عدم موافقت بیمار با بیمارستان پذیرش داده شده	t_{6h}	
دریافت اطلاعات توسط پذیرش و تصمیم گیری مجدد	t_{6i}	
لحظه اعلام نهایی بیمارستان مناسب به کارکنان	t_{6j}	
لحظه ۱۰-۹۶ به سمت بیمارستان	T_7	
لحظه ۱۰-۹۷ به بیمارستان	T_8	



نقاط زمانی در فرآیندهای عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی

لحظه تحویل به بخش تریاژ	t_{Aa}
لحظه مهر و امضای برگه PCR	t_{Ab}
لحظه ۹۶-۱۰ از بیمارستان به سمت پایگاه یا مأموریت بعدی یا استقرار	T_9
لحظه ۸-۱۰ کد به پایگاه	T_{10}
اعلام نیاز به کد	$T_{(51-10)}$





روش کار

- در داشبورد مدیریتی یک سری از شاخص‌ها و اتفاقات و شرایط دارای اهمیت و اولویت بیشتر مشخص شده اند.
- شاخص‌ها و اتفاقات و شرایط به دو شکل توسط سامانه دریافت می‌شود:
 - الف) در سامانه توسط کاربر
 - ب) ثبت توسط پیام ارسالی از حسگرها (در صورت نصب، مثلاً در مورد باز شدن ایربگ آمبولانس)
- سامانه به صورت خودکار موارد پراهمیت و مورد نیاز را تشخیص، به شکل آلارم رنگی و صوتی برای سطح مدیریتی تعیین شده در سامانه، ارسال می‌کند. همچنین کاربر موارد نیازمند اطلاع‌رسانی به مدیر مافوق را می‌تواند با درج نکته (کامنت) و نشان‌دار کردن آن برای وی به صورت دستی ارسال نماید.
- امکان اعلام تدبیر مدیریتی به صورت آنلاین و آفلاین و اعلام راهکارها و دستورات، از سوی مدیر مربوطه به کارکنان عملیاتی ارائه می‌گردد.
- کلیه موارد فوق در سامانه ثبت و ذخیره و قابل جست‌وجو و جمع‌بندی می‌باشد و قابلیت ویرایش ندارد.
- همچنین از شاخص‌ها و آمار مد نظر مدیریت توسط سامانه، میانگین فصلی و شش ماهه و سالانه محاسبه می‌شود.
- تمامی وقایع فرآیند عملیات که در مأموریت‌ها در فرم‌های مأموریت (PCR) ثبت می‌گردد و همچنین تغییر و تحول‌ها و... به نحوی که قابل ویرایش نباشد برای مدیر بالا دستی قابل مشاهده باشد.

سطوح مدیریتی:

- مسئول پایگاه
- مسئول ناحیه/مسئول اورژانس پیش بیمارستانی شهرستان
- رئیس مرکز فوریت‌های پزشکی دانشگاه/دانشکده
- رئیس مرکز فوریت‌های قطب
- معاون فنی و عملیات اورژانس کشور



اطلاعات قابل دسترس برای هر سطح مدیریتی:

مسئول پایگاه

الف) کلیه مأموریت‌های قبلی و در حال اجرای پایگاه خود

ب) شاخص‌های مخاطره‌آمیز:

- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در موارد: ۷۲۴ و ۲۴۷ و تروما و بیمارستان و اورژانس هوایی
- طولانی شدن زمان رسیدن بر بالین و زمان پشت خطی و زمان کل مأموریت و زمان شروع عملیات اورژانس هوایی
- طولانی شدن حرکت آمبولانس از پایگاه بعد از دریافت مأموریت، طولانی شدن زمان تصمیم‌گیری تریاژ تلفنی، طولانی شدن واگذاری مأموریت از ۸۰۰ به پایگاه
- موارد ۹۶-۱۰ و ۹۹-۱۰ و ۲۹-۱۰ که توسط پزشک ۵۰-۱۰ تشخیص داده نشده و تصمیم گرفته نشده است.

ج) بروز وقایع ویژه:

- حوادث جمعی پر تلفات، واژگونی و سانحه شدید آمبولانس، آسیب شدید کارکنان عملیاتی، ۷-۱۰ شدن اورژانس هوایی و اتوبوس آمبولانس
- بروز تیراندازی و اغتشاشات در صحنه عملیات یا منطقه تحت پوشش، بروز حوادث طبیعی یا انسان ساخت جدی و مخاطره‌آمیز برای مردم یا آمبولانس یا پایگاه یا کارکنان عملیاتی

د) میانگین کلیه شاخص‌های فصلی و ۶ ماهه و سالانه پایگاه خود

مسئول ناحیه / مسئول اورژانس پیش بیمارستانی شهرستان:

الف) کلیه مأموریت‌های قبلی و در حال اجرای پایگاه‌های ناحیه‌ی خود

ب) شاخص‌های مخاطره‌آمیز:

- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در موارد: ۷۲۴ و ۲۴۷ و تروما و بیمارستان و اورژانس هوایی
- طولانی شدن زمان رسیدن بر بالین و زمان پشت خطی و زمان کل مأموریت و زمان شروع عملیات اورژانس هوایی
- طولانی شدن حرکت آمبولانس از پایگاه بعد از دریافت مأموریت، طولانی شدن زمان تصمیم‌گیری تریاژ تلفنی، طولانی شدن واگذاری مأموریت از ۸۰۰ به پایگاه



- موارد ۹۶-۱۰ و ۹۹-۱۰ و ۲۹-۱۰ که توسط پزشک ۵۰-۱۰ تشخیص داده نشده و تصمیم گرفته نشده است

(ج) بروز وقایع ویژه:

- حوادث جمعی پر تلفات، واژگونی و سانحه شدید آمبولانس، آسیب شدید کارکنان عملیاتی، ۷-۱۰ شدن اورژانس هوایی و اتوبوس آمبولانس، بروز تیراندازی و اغتشاشات در صحنه عملیات یا منطقه تحت پوشش، بروز حوادث طبیعی یا انسان ساخت جدی و مخاطره آمیز برای مردم یا آمبولانس یا پایگاه یا کارکنان عملیاتی

(د) میانگین کلیه شاخص های فصلی و ۶ ماهه و سالانه جمع بندی و به تفکیک هر واحد رئیس مرکز:

الف) کلیه مأموریت های قبلی و در حال اجرای پایگاه های تحت پوشش دانشکده/دانشگاه تحت پوشش خود
ب) شاخص های مخاطره آمیز:

- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در موارد: ۷۲۴ و ۲۴۷ و تروما و بیمارستان و اورژانس هوایی
- طولانی شدن زمان رسیدن بر بالین و زمان پشت خطی و زمان کل مأموریت و زمان شروع عملیات اورژانس هوایی
- طولانی شدن حرکت آمبولانس از پایگاه بعد از دریافت مأموریت، طولانی شدن زمان تصمیم گیری تریاژ تلفنی، طولانی شدن واگذاری مأموریت از ۸۰۰ به پایگاه
- موارد ۹۶-۱۰ و ۹۹-۱۰ و ۲۹-۱۰ که توسط پزشک ۵۰-۱۰ تشخیص داده نشده و تصمیم گرفته نشده است.

(ج) بروز وقایع ویژه:

- حوادث جمعی پر تلفات، واژگونی و سانحه شدید آمبولانس، آسیب شدید کارکنان عملیاتی، ۷-۱۰ شدن اورژانس هوایی و اتوبوس آمبولانس، بروز تیراندازی و اغتشاشات در صحنه عملیات یا منطقه تحت پوشش، بروز حوادث طبیعی یا انسان ساخت جدی و مخاطره آمیز برای مردم یا آمبولانس یا پایگاه یا کارکنان عملیاتی

(د) میانگین کلیه شاخص های فصلی و ۶ ماهه و سالانه جمع بندی و به تفکیک هر واحد



رئیس مرکز قطب:

الف) تمامی مأموریت‌های قبلی و در حال اجرای پایگاه‌های دانشگاه‌ها و دانشکده‌های قطب

ب) شاخص‌های مخاطره‌آمیز:

- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در موارد: ۷۲۴ و ۲۴۷ و تروما و بیمارستان و اورژانس هوایی
- طولانی شدن زمان رسیدن بر بالین و زمان پشت خطی و زمان کل مأموریت و زمان شروع عملیات اورژانس هوایی

ج) بروز وقایع ویژه:

- حوادث جمعی پر تلفات، واژگونی و سانحه شدید آمبولانس، آسیب شدید کارکنان عملیاتی، ۷-۱۰ شدن اورژانس هوایی و اتوبوس آمبولانس بروز تیراندازی و اغتشاشات در صحنه عملیات یا منطقه تحت پوشش، بروز حوادث طبیعی یا انسان ساخت جدی و مخاطره‌آمیز برای مردم یا آمبولانس یا پایگاه یا کارکنان عملیاتی

د) میانگین کلیه شاخص‌های فصلی و ۶ ماهه و سالانه جمع‌بندی و به تفکیک هر دانشگاه

معاون فنی و عملیات اورژانس کشور:

الف) کلیه مأموریت‌های قبلی و در حال اجرای سطح کشور (۶۳ دانشگاه/دانشکده)

ب) شاخص‌های مخاطره‌آمیز:

- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در موارد: ۷۲۴ و ۲۴۷ و تروما و بیمارستان و اورژانس هوایی
- طولانی شدن زمان رسیدن بر بالین و زمان پشت خطی و زمان کل مأموریت و زمان شروع عملیات اورژانس هوایی

ج) بروز وقایع ویژه:

- حوادث جمعی پر تلفات، واژگونی و سانحه شدید آمبولانس، آسیب شدید کارکنان عملیاتی، ۷-۱۰ شدن اورژانس هوایی و اتوبوس آمبولانس بروز تیراندازی و اغتشاشات در صحنه عملیات یا منطقه تحت پوشش، بروز حوادث طبیعی یا انسان ساخت جدی و مخاطره‌آمیز برای مردم یا آمبولانس یا پایگاه یا کارکنان عملیاتی

د) میانگین کلیه شاخص‌های فصلی و ۶ ماهه و سالانه جمع‌بندی و به تفکیک هر دانشگاه



تعاریف ویژه

در این قسمت تعاریف با تعاریف متداول در سایر بخش‌های اورژانس پیش بیمارستانی متفاوت است چرا که زمان‌هایی مد نظر است که مورد بحرانی تلقی و احتمال مخاطره بیش از حد معمول و نیاز به هشدار به مدیر مربوطه و مداخله احتمالی وی باشد. هم چنین این زمان‌ها به جهت جلوگیری از ترافیک آلام‌های ارسالی برای سطوح بالایی مدیریتی، برای هر سطح مدیریتی به تناسب متفاوت می‌باشد.

زمان‌ها برای مسئولین پایگاه‌ها و مدیران نواحی و روسای مراکز فوریت:

- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در موارد ۷۲۴ بیش از ۶ دقیقه
- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در ۲۴۷ بیش از ۱۵ دقیقه
- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در تروما بیش از ۲۰ دقیقه
- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در بیمارستان بیش از ۲۰ دقیقه
- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در عملیات اورژانس هوایی بیش از ۲۰ دقیقه
- طولانی شدن زمان رسیدن بر بالین و صحنه بیش از نیم ساعت
- طولانی شدن زمان پشت خطی بیش از ۱ دقیقه
- طولانی شدن زمان کل مأموریت در ۷۲۴ بیش از نیم ساعت
- طولانی شدن زمان کل مأموریت در ۲۴۷ بیش از یک ساعت
- طولانی شدن زمان کل مأموریت در تروما بیش از ۱ ساعت
- طولانی شدن زمان کل مأموریت در عملیات اورژانس هوایی بیش از ۹۰ دقیقه
- حوادث جمعی پر تلفات حوادث بیش از ۶ نفر نیاز به امداد
- واژگونی و سانحه شدید آمبولانس به هر میزان
- آسیب شدید کارکنان عملیاتی به هر میزان
- ۷-۱۰ شدن اورژانس هوایی و اتوبوس آمبولانس به مدت بیش از سه ساعت
- بروز تیراندازی
- بروز اغتشاشات در صحنه عملیات یا منطقه تحت پوشش
- بروز حوادث طبیعی یا انسان ساخت جدی و مخاطره‌آمیز برای مردم یا آمبولانس یا پایگاه یا کارکنان عملیاتی



زمان‌ها برای روسای قطب و معاون فنی و عملیات اورژانس کشور:

- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در موارد ۷۲۴:
- بیش از ۲۰ دقیقه یا تکرار بیش از ۶ دقیقه دو مرتبه در ماه اخیر
- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در ۲۴۷:
- بیش از ۲۰ دقیقه یا تکرار بیش از ۱۲ دقیقه دو مرتبه در ماه اخیر
- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در تروما:
- بیش از ۴۵ دقیقه یا تکرار بیش از ۲۰ دقیقه دو مرتبه در ماه اخیر
- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در بیمارستان:
- بیش از ۴۵ دقیقه یا تکرار بیش از ۲۰ دقیقه دو مرتبه در ماه اخیر
- طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در عملیات اورژانس هوایی:
- بیش از ۴۵ دقیقه
- طولانی شدن زمان رسیدن بر بالین و صحنه:
- بیش از ۴۵ دقیقه یا تکرار بیش از ۲۰ دقیقه دو مرتبه در ماه اخیر
- طولانی شدن زمان پشت خطی:
- بیش از ۲ دقیقه یا تکرار بیش از ۱ دقیقه دو مرتبه در ماه اخیر
- طولانی شدن زمان کل مأموریت در ۷۲۴:
- بیش از ۴۵ دقیقه یا تکرار بیش از ۳۰ دقیقه دو مرتبه در ماه اخیر
- طولانی شدن زمان کل مأموریت در ۲۴۷:
- بیش از ۲ ساعت یا تکرار بیش از ۱ ساعت دو بار در ماه
- طولانی شدن زمان کل مأموریت در تروما:
- بیش از ۲ ساعت یا تکرار بیش از ۱ ساعت دو بار در ماه
- طولانی شدن زمان کل مأموریت در عملیات اورژانس هوایی بیش از ۲ ساعت
- حوادث جمعی پر تلفات حوادث بیش از ۲۰ نفر نیاز به امداد
- واژگونی و سانحه شدید آمبولانس
- آسیب شدید کارکنان عملیاتی



- ۷-۱۰ شدن اورژانس هوایی و اتوبوس آمبولانس به مدت بیش از یک روز
- بروز تیراندازی
- بروز اغتشاشات در صحنه عملیات یا منطقه تحت پوشش
- بروز حوادث طبیعی یا انسان ساخت جدی و مخاطره آمیز برای مردم یا آمبولانس یا پایگاه یا کارکنان عملیاتی

ردیف	موضوع	نیاز به هشدار و ارسال آلام برای رئیس مرکز فوریت	نیاز به هشدار و ارسال آلام برای مسئولین پایگاه‌ها و مدیران نواحی	نیاز به هشدار و ارسال آلام برای رئیس قطب و معاون فنی و عملیات اورژانس کشور
۱	طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در موارد ۷۲۴	تکرار بیش از ۲ مرتبه در ماه	بیش از ۶ دقیقه	بیش از ۲۰ دقیقه یا تکرار بیش از ۶ دقیقه ۴ مرتبه در ماه اخیر
۲	طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در موارد ۲۴۷	تکرار بیش از ۲ مرتبه در ماه	بیش از ۱۵ دقیقه	بیش از ۲۰ دقیقه یا تکرار بیش از ۱۲ دقیقه ۴ مرتبه در ماه اخیر
۳	طولانی شدن حرکت آمبولانس از پایگاه بعد از دریافت مأموریت	تکرار بیش از ۳ مرتبه در ماه	بیش از ۹۰ ثانیه	حسب مورد
۴	طولانی شدن زمان تصمیم‌گیری تریاژ تلفنی	تکرار بیش از ۳ مرتبه در ماه	بیش از ۹۰ ثانیه	مورد
۵	طولانی شدن واگذاری مأموریت از ۸۰۰ به پایگاه	تکرار بیش از ۳ مرتبه در ماه	بیش از ۱ دقیقه	حسب مورد
۶	موارد انتقال بیمار-درمان در محل و بیمار ۹۹-۱۰ که توسط پزشک ۵۰-۱۰ تشخیص داده نشده و تصمیم گرفته نشده است	تکرار بیش از ۲ مرتبه در ماه	هر مورد	تکرار ۴ مورد در یک ماه
۷	طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در تروما	تکرار بیش از ۲ مرتبه در ماه	بیش از ۲۰ دقیقه	بیش از ۴۵ دقیقه یا تکرار بیش از ۲۰ دقیقه ۴ مرتبه در ماه اخیر
۸	طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در بیمارستان	تکرار بیش از ۲ مرتبه در ماه	بیش از ۲۰ دقیقه	بیش از ۴۵ دقیقه یا تکرار بیش از ۲۰ دقیقه ۴ مرتبه در ماه اخیر
۹	طولانی شدن زمان ماندگاری در محل در عملیات اورژانس هوایی	تکرار بیش از ۳ مرتبه در ماه	بیش از ۲۰ دقیقه	بیش از ۴۵ دقیقه و تکرار بیش از ۴ مرتبه در ماه



فرآیندهای عملیات اورژانس پیش بیمارستانی

ردیف	موضوع	نیاز به هشدار و ارسال آلام برای رئیس مرکز فوریت	نیاز به هشدار و ارسال آلام برای مسئولین پایگاهها و مدیران نواحی	نیاز به هشدار و ارسال آلام برای رئیس قطب و معاون فنی و عملیات اورژانس کشور
۱۰	طولانی شدن زمان رسیدن بر بالین و صحنه	تکرار بیش از ۳ مرتبه در ماه	بیش از ۳۰ دقیقه	بیش از ۴۵ دقیقه یا تکرار بیش از ۲۰ دقیقه ۴ مرتبه در ماه اخیر
۱۱	طولانی شدن زمان پشت خطی	تکرار بیش از ۳ مرتبه در ماه	بیش از ۱ دقیقه	بیش از ۲ دقیقه یا تکرار بیش از ۱ دقیقه ۴ مرتبه در ماه اخیر
۱۲	طولانی شدن زمان کل مأموریت در ۷۲۴	تکرار بیش از ۳ مرتبه در ماه	بیش از ۳۰ دقیقه	بیش از ۴۵ دقیقه یا تکرار بیش از ۳۰ دقیقه ۴ مرتبه در ماه اخیر
۱۳	طولانی شدن زمان کل مأموریت در ۲۴۷	تکرار بیش از ۳ مرتبه در ماه	بیش از ۱ ساعت	بیش از ۲ ساعت یا تکرار بیش از ۱ ساعت ۴ بار در ماه
۱۴	طولانی شدن زمان کل مأموریت در تروما	تکرار بیش از ۳ مرتبه در ماه	بیش از ۱ ساعت	بیش از ۲ ساعت یا تکرار بیش از ۱ ساعت ۴ بار در ماه
۱۵	طولانی شدن زمان کل مأموریت در عملیات اورژانس هوایی	بیش از ۹۰ دقیقه	بیش از ۹۰ دقیقه	بیش از ۲ ساعت
۱۶	حوادث جمعی پر تلفات	حوادث بیش از ۶ نفر نیاز به امداد	حوادث بیش از ۶ نفر نیاز به امداد	حوادث بیش از ۲۰ نفر نیاز به امداد
۱۷	واژگونی وسانحه شدید آمبولانس	به هر میزان	به هر میزان	به هر میزان
۱۸	آسیب شدید کارکنان عملیاتی	به هر میزان	به هر میزان	به هر میزان
۱۹	۷-۱۰ شدن اورژانس هوایی و اتوبوس آمبولانس	بیش از ۳ ساعت	بیش از ۳ ساعت	به مدت بیش از یک روز
۲۰	بروز تیراندازی	به هر میزان	به هر میزان	به هر میزان
۲۱	بروز اغتشاشات در صحنه عملیات یا منطقه تحت پوشش	به هر میزان	به هر میزان	به هر میزان
۲۲	بروز حوادث طبیعی یا انسان ساخت جدی و مخاطره آمیز برای مردم یا آمبولانس یا پایگاه یا کارکنان عملیاتی	به هر میزان	به هر میزان	به هر میزان
۲۳	اطلاعات مربوط به وضعیت آمادگی (AMC) آمبولانس	اطلاعات درج شده در تیک باکس مربوط به سخت افزار و شناسنامه خودرو و سوابق تخلفات رانندگی و مصرف سوخت و... قابل رصد باشد	اطلاعات درج شده در تیک باکس مربوط به سخت افزار و شناسنامه خودرو و سوابق تخلفات رانندگی و مصرف سوخت و... قابل رصد باشد	قابل استفاده



۵-۸- محدوده عملیات

هدف

واگذاری مأموریت به نزدیک‌ترین پایگاه برای ارائه خدمات به موقع به مددجویان، فارغ از مرزهای دانشگاهی با هدف رسیدگی به موقع و سریع به بیماران در اورژانس پیش‌بیمارستانی توسط مرکز مدیریت ارتباطات و فرماندهی عملیات

دامنه: تمامی بیمارستان‌ها و مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی

تعاریف

اداره ارتباطات و فرماندهی عملیات:

اداره ارتباطات اداره‌ای است که وظیفه آن تریاژ تلفنی، اعزام و راهبری آمبولانس، پذیرش بیمارستان و هدایت پزشکی عملیات به صورت ۲۴ ساعته و بدون وقفه می‌باشد؛ همچنین هماهنگی با سازمان‌های همکار و پشتیبان و برون‌سازمانی در شرایط عادی و بحران را بر عهده دارد.

کد عملیاتی مناسب:

بر اساس سطح تریاژ (قرمز-زرد-سبز-سفید)، سطح بندی عملیاتی (معمول-بحران-شلوغی) و آدرس محل فوریت مناسب‌ترین کد عملیاتی جهت مأموریت توسط واحد اعزام و راهبری آمبولانس (۸۰۰) انتخاب می‌گردد. منظور از مناسب‌ترین، از نظر تعداد کد مورد نیاز، نوع کد (هوایی، سبک، موتوری و اتوبوس) و همچنین نزدیک‌ترین کد می‌باشد.

اتوماسیون عملیاتی اورژانس ۱۱۵:

سیستم نرم‌افزاری است که شامل ثبت و مدیریت هوشمند همه‌ی فرآیندهای عملیات از لحظه درخواست مددجو تا اتمام مأموریت به صورت الکترونیک می‌باشد؛ که هدایت، نظارت و گزارش‌گیری مأموریت را تسهیل می‌نماید.

کلان شهر منطقه:

با توجه به تقسیم‌بندی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور، ایران به ۱۰ کلان شهر (قطب) دانشگاهی تقسیم می‌گردد.



ناحیه (ZONE):

هر ناحیه یا (zone) شامل دانشگاه‌ها یا دانشکده‌های یک کلان شهر و یا نواحی تحت پوشش یک دانشگاه می‌باشد.

پایگاه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی:

- سازه‌ایی است موقت یا دائم جهت استقرار نیروهای فوریت‌های پزشکی و تجهیزات پزشکی، ارتباطی، لجستیکی، رفاهی و اداری که مطابق با استانداردهای اورژانس کشور طراحی و تجهیز می‌گردد که به ۲ دسته دائمی و موقت تقسیم می‌گردد.
- پایگاه دائمی شامل: پایگاه‌های شهری، جاده‌ایی، هوایی، دریایی، ریلی
- پایگاه‌های موقت شامل: پایگاه‌های ساحلی، مناسبی و فصلی

حوزه سرزمینی دانشگاه:

محدوده جغرافیایی دانشگاه‌های علوم پزشکی مطابق تقسیمات کشوری ابلاغ شده توسط وزارت کشور محدود جغرافیایی عملیات:

فاصله محدوده جغرافیایی تعیین شده توسط مراکز فوریت‌های پزشکی دانشگاه‌ها جهت انجام مأموریت و اعزام آمبولانس به محل حادثه با توجه به فاصله و امکان دسترسی سریع و مناسب از نزدیک‌ترین پایگاه به محل فوریت می‌باشد که برخلاف جغرافیای حوزه سرزمینی دانشگاه محدود نبوده و منعطف می‌باشد.

روش کار

- کارشناسان تریاژ تلفنی بدون واسطه به تماس تلفنی مددجو پاسخ داده، حتی‌الامکان با استفاده از نرم‌افزارهای موجود و به طور مؤثرتر با پرسش مستقیم از تماس گیرنده در صورت لزوم به اعزام کد عملیاتی از محل وقوع حادثه/ بیماری اطلاع حاصل نمایند. (بهتر است از طریق مخابرات روشی ایجاد گردد که مختصات تماس گیرنده در هنگام تماس بر روی مانیتور به صورت آدرس نقشه (لوکیشن محل فوریت) مشخص گردد.
- واحد اعزام و راهبری آمبولانس، پس از دریافت فایل از واحد تریاژ تلفنی موظف است بر اساس سطح تریاژ، سطوح عملیاتی و آدرس محل فوریت/ آدرس مددجو، مناسب‌ترین کد (آمبولانس) را به محل فوریت اعزام نماید.

نحوه مدیریت فوریت‌هایی که در حوزه سرزمینی دانشگاه‌های مجاور یا بین مرزهای دانشگاه‌ها رخ



داده و دسترسی بیمار یا مصدوم/بیمار به خدمات فوریت‌های پزشکی یا درمانی نیازمند همکاری بین دانشگاهی است، مطابق نامه شماره ۴۰۱/۱۸۵/د مورخ ۱۳۹۶/۰۳/۰۱ به شرح زیر می‌باشد:

(الف) در صورتی که فوریت درحوزه سرزمینی دانشگاه اول رخ دهد اما خدمات فوریت‌های پزشکی در دانشگاه دوم در زمان کوتاه‌تری در دسترس باشد، دانشگاه اول موظف است ضمن حفظ تماس و دادن مشاوره‌های لازم به بیمار، طی تماس با دانشگاه دوم، مأموریت مذکور را به آن دانشگاه واگذار نماید و دانشگاه دوم موظف به پذیرش بدون قید و شرط مأموریت و اعزام آمبولانس در کم‌ترین زمان ممکن برای درخواست‌کننده می‌باشد. ضمن اینکه مراکز ارتباطات هر دو دانشگاه اول و دوم موظف به پی‌گیری مأموریت مربوطه تا رسیدن آمبولانس به محل فوریت می‌باشند.

(ب) در صورتی که فوریت در حوزه سرزمینی دانشگاه اول رخ داده باشد اما تماس مددجو به اداره ارتباطات دانشگاه دوم متصل شده باشد و فوریت از لحاظ زمان و مکان به دانشگاه اول نزدیک‌تر باشد، دانشگاه دوم موظف است ضمن تماس با اداره ارتباطات دانشگاه اول و ارسال اطلاعات مورد نیاز شامل آدرس محل فوریت و شماره تماس مددجو، از اعزام آمبولانس مطمئن گردد و در صورت عدم امکان برقراری ارتباط بین دو اداره ارتباطات، اورژانس دانشگاه دوم موظف به اعزام آمبولانس و انجام فوریت می‌باشد.

همچنین می‌بایست در زمان مناسب، پی‌گیری لازم جهت رفع اختلال مخابراتی و انتقال تماس به مرکز مربوطه صورت پذیرفته و مشکل مخابراتی مذکور به سازمان اورژانس کشور گزارش شود.

(پ) در صورتی که فوریت در حوزه سرزمینی دانشگاه اول رخ داده باشد اما تماس مددجو به اداره ارتباطات دانشگاه دوم متصل شده باشد و فوریت از لحاظ زمان و مکان به دانشگاه دوم نزدیک‌تر باشد، دانشگاه دوم موظف به انجام فوریت می‌باشد. لازم است مرزبندی دانشگاه‌ها در زمان مناسب مورد بررسی بیشتر قرار گیرد.

(ج) در صورتی که فوریت پزشکی در حوزه سرزمینی دانشگاه اول رخ دهد اما محل حادثه به مرکز درمانی دانشگاه دوم نزدیک‌تر باشد یا خدمت تخصصی مناسب‌تر در دانشگاه دوم در زمان کوتاه‌تری در دسترس باشد، دانشگاه اول موظف به انجام فوریت و انتقال بیمار/مصدوم/بیمار به مرکز درمانی دانشگاه دوم می‌باشد. در این موارد مراکز درمانی نباید دلیل انتقال بیمار از محدوده تحت خدمات دانشگاه مجاور، در پذیرش بیمار تعلل کنند.

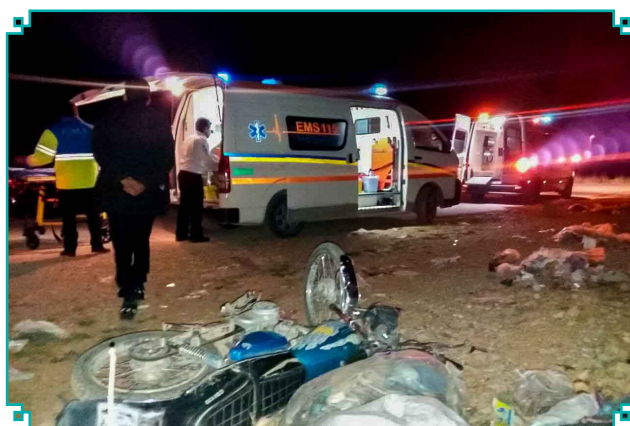
نکته: در صورتی که بیمار بنابر تشخیص پزشک ۵۰-۱۰ نیاز به خدمات تخصصی درمانی یا پاراکلینیکی



داشته باشد بدون در نظر گرفتن فاصله زمانی و مکانی و مرزبندی، بیمار به مرکز درمانی مناسبتر ارجاع داده شود. (هماهنگی دیسپچ گیرنده تماس با بیمارستان مقصد الزامی می باشد)

واحد پذیرش موظف است در صورت نیاز انتقال بیمار به بیمارستان، پس از تماس کارکنان با این واحد و دریافت اطلاعات مربوط به بخش مورد نیاز بیمار/ مصدوم، با توجه به داده های بانک اطلاعاتی تخت های بیمارستانی، تخصص اصلی مورد نیاز بیمار/ مصدوم و نیز بعد مسافت بیمارستان ها، مرکز درمانی مناسب را تعیین و هماهنگی لازم را انجام دهد.

۵-۹- مدیریت صحنه عملیات



هدف

آمادگی ارائه پاسخ به حوادث متعارف و نامتعارف، شفاف سازی نحوه ورود و شرح وظایف کارکنان عملیاتی در صحنه حادثه با رعایت اصول ایمنی

تعاریف

حوادث ویژه: حوادث با ۳ کشته یا بیشتر و یا ۵ مصدوم/ بیمار یا بیشتر

حوادث پرتلفات: هرگونه واقعه و رخداد طبیعی یا انسان ساخت که از نظر تعداد کشته و مصدوم و ابعاد سیاسی امنیتی، اجتماعی و سلامتی دارای حساسیت ویژه بوده و نیازمند پاسخ (واکنش) اضطراری سازمان های امدادی و نظام سلامت برای حفظ حیات، دارایی ها، فرآیندهای جاری خدمات سلامتی و محیط زیست می باشد.

فرمانده عملیات اورژانس

مطابق چارت ICS اورژانس پیش بیمارستانی در تمامی مراکز، معاون فنی و عملیات سازمان/جانشین وی



با دارا بودن اختیارات قانونی، فرمانده عملیات و مسئول پاسخ به حادثه بوده و با صدور دستورات اصلی پاسخ‌گوی فرآیند عملیات می‌باشد.

تمامی کارکنان عملیاتی و ادارات دیسپچ، EOC، MCMC و پشتیبانی مکلف به همکاری با ایشان بوده و در همین راستا توجیه افراد نسبت به وظایف از قبل تعیین شده مطابق چارت ICS و همچنین برگزاری مانورهای دوره‌ای و تمرین انواع سناریو محتمل بخشی از وظایف فرمانده عملیات می‌باشد.

در صورت وقوع هرگونه حادثه با موقعیت مکانی غیرمتمرکز، منطقه به چند بخش تفکیک شده و هر قسمت تحت نظر یک فرمانده میدان مدیریت شده و فرمانده عملیات با تبادل اطلاعات صورت گرفته، نسبت به کنترل اوضاع و صدور دستورات لازم به فرمانده‌های میدانی اقدام می‌نماید.

فرمانده میدان

مطابق چارت ICS در اورژانس پیش بیمارستانی، اولین آمبولانس حاضر در صحنه و ارشد کد مذکور فرمانده میدان بوده تا نسبت به ارزیابی صحنه و بررسی حدود تلفات و اعلام آن به دیسپچ و نظارت بر عملکرد سایر همکاران اقدام نموده و به محض حضور مسئول بالاتر، مدیریت میدان و عملیات به ایشان محول شده تا با دستورات لازم، اقدامات ارزیابی، تریاژ و تخلیه بیماران/مصدومین و... صورت پذیرد.

فرمانده صحنه حادثه: پس از وقوع حوادث پرتلفات که پاسخ به آن مستلزم همکاری و هماهنگی چندین سازمان امدادی بوده، سازمان مدیریت بحران، پست فرماندهی حادثه (ICP) را تشکیل داده و لذا متناسب نوع حادثه و بحران پیش آمده، سازمان مسئول ارائه پاسخ تخصصی به عنوان فرمانده صحنه شناخته شده تا نسبت به ایفای مسئولیت تخصصی، عملیات، فرماندهی، مدیریت، برنامه‌ریزی، سازماندهی و رهبری صحنه یا منطقه وقوع حادثه و پاسخ به شرایط اضطراری در همه ابعاد، اقدام نموده و سازمان‌های امداد رسان ضمن هماهنگی با ایشان ارائه خدمت نموده تا از تلفات احتمالی و حوادث ناگوار ثانویه پیش‌گیری گردد. مانند فرماندهی پلیس در حوادث ترافیکی و سازمان انرژی اتمی در حوادث نشت رادیو اکتیو

صحنه حادثه: محدوده جغرافیایی وقوع و متاثر از حادثه

سامانه فرماندهی حادثه (ICS): یک ساختار و فرآیند استاندارد برای مدیریت بلایا در اختیار متولیان قرار می‌گذارد تا در آموزش‌ها و تمرین‌ها نقش هر فرد در ساختار سازمان مربوط مشخص باشد. اصول این ساختار عبارتند از: مدیریت هدفمند، وحدت فرماندهی، زنجیره فرماندهی مشخص، انعطاف‌پذیری سازمانی، حیطه نظارت محدود و تعریف شده، زبان مشترک، افزایش سرعت پاسخ‌گویی کارکنان، یکپارچگی ارتباطات، مدیریت منابع.



این سامانه قابلیت انعطاف پذیری دارد و بر اساس وسعت حادثه، محدود شده یا گسترش می یابد..

پست فرماندهی حادثه (ICP)

این مرکز، خودرو یا مکانی است که فرماندهی عملیات همه‌ی سازمان‌های حاضر در صحنه مانند اورژانس، آتش نشانی، هلال احمر، نیروهای نظامی و انتظامی و سایر سازمان‌ها در کنار هم جمع می‌شوند تا ضمن تبادل اطلاعات، «فرماندهی یکپارچه» را در صحنه اعمال نمایند.

تریاژ: عبارت است از دسته‌بندی دو یا چند بیمار بر مبنای شدت و حدت شرایط آن‌ها جهت تعیین اولویت‌های مربوط به مراقبت بر اساس منابع موجود بوده که یکی از اجزای عملیاتی لازم در حوادث دارای مصدومین متعدد می‌باشد.

منطقه آلوده یا منطقه داغ، Hot (Contamination) Zone

وجود آلودگی حتمی است تعداد کارکنان حاضر در این منطقه باید حداقل و باید تجهیزات حفاظت فردی مناسب داشته باشند.

منطقه (کنترل) گرم Warm (Control) Zone

به محیط پیرامون منطقه آلوده و منطقه‌ای که عملیات آلودگی‌زدایی و فراهم‌سازی تجهیزات در آن انجام می‌شود. مراقبت‌های مربوط به حفظ حیات مصدومین در این منطقه صورت می‌گیرد.

منطقه (ایمن) سرد Cold (Safe) Zone

منطقه غیر آلوده است و امدادگران قبل از ورود به این منطقه باید لباس‌های آلوده را خارج کنند. انجام تریاژ عادی، ثابت‌سازی مراقبت مناسب در این محل انجام می‌شود.

تعیین و مرزبندی این سه منطقه باید بر اساس نتایج نمونه برداری و پایش هوا و نیز بررسی راه‌های بالقوه فرار و میزان انتشار آلودگی در موارد ره‌ایش آلودگی انجام شود. حرکت و انتقال پرسنل و تجهیزات باید محدود به این مناطق شده و این انتقالات هم باید فقط از طریق نقاط کنترل دسترسی انجام شود تا انتشار آلودگی به مناطق غیر آلوده صورت نپذیرد (مناطق باید باید بقدر کافی بزرگ در نظر گرفته شوند تا کارهایی که قرار است انجام شوند به سهولت انجام شده و از طرفی بقدری بزرگ نباشند که سبب انتشار آلودگی توسط افراد به سایر نقاط آن سایت شوند).

محل تجمع مصدومین (CCP) Casualty Collection Point or Field Treatment Site

محل جمع‌آوری مصدومین حوادث و درمان اولیه بیماران شامل تریاژ، اقدامات اولیه پزشکی و تثبیت



وضعیت مصدومین است و باید تا حد امکان به امن‌ترین و نزدیک‌ترین مکان نسبت به محل وقوع حادثه با امکان دسترسی راحت به امداد هوایی، اتوبوس آمبولانس و آمبولانس سبک باشد تا نیروهای متصدی جستجو و نجات، مصدومین را به این منطقه بیاورند.

منطقه‌ی درمان پیشرفته^۱ (AMP)

با توجه به آن که در حوادث با مصدومین انبوه و بلایا، تعداد مصدومین بیشتر از ظرفیت آمبولانس‌ها برای انتقال آن‌هاست و یا مراکز درمانی امکان‌پذیرش همه مصدومین را ندارند، زمان رسیدن مصدومین به مراکز تخصصی درمانی طولانی خواهد شد؛ لذا جهت انجام اقدامات درمانی نجات بخش حیات لازم است منطقه‌ی درمان پیشرفته در نزدیکی محل حادثه برپا گردد. منطقه‌ی درمان پیشرفته می‌تواند با استفاده از چادر، یا هر سازه‌ی مناسب دیگر و یا ظرفیت‌های محلی برپا شود.

واحد تخلیه یا انتقال^۲

هم‌زمان با انجام تریاژ و ارائه‌ی خدمات درمانی فوریتی و ثابت‌سازی مصدومین، نیاز است برای سازمان‌دهی انتقال، یک واحد تخلیه در منطقه شکل گیرد. در این منطقه که در نزدیک‌ترین منطقه ایمن به منطقه‌ی درمان پیشرفته و یا منطقه‌ی تجمع قرار دارد، کلیه‌ی آمبولانس‌های اعزام شده به منطقه مستقر می‌شوند تا پس از سازماندهی و بررسی اولیه از سوی افسر تریاژ به منطقه حادثه اعزام شوند.

آمادگاه^۳

بر اساس استانداردهای مدیریت حادثه، لازم است در نزدیکی منطقه‌ی حادثه و در مکانی امن، منطقه‌ی آمادگاه برپا گردد و فردی که مسئول پشتیبانی صحنه است، فرماندهی آن را بر عهده گیرد. همه‌ی امکانات، تجهیزات و منابع اعزامی به منطقه‌ی حادثه، ابتدا باید در آمادگاه مستقر شوند تا پس از بررسی‌های لازم و بر اساس نیاز، به محل حادثه ارسال شوند.

اقدامات اداره ارتباطات / عملیات

- ارزیابی و بررسی لازم در خصوص محل و گستردگی حادثه
- اطلاع به معاونت عملیات جهت اعزام فرمانده عملیات/مدیر جانشین
- گزارش و تکمیل فرم حوادث ویژه به EOC

1. Advance Medical Post
2. Evacuation / Transportation Unit
3. Staging Area



- فراخوان کارکنان عملیاتی آموزش دیده و خبره در تمامی حوزه‌ها متناسب شدت حادثه
- بررسی خطرات احتمالی و ایمنی صحنه مطابق گزارش ارسالی فرمانده عملیات/مدیر جانشین/ارشد کد و گزارش به EOC
- تخمین تعداد افراد آسیب‌دیده
- شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر
- اعزام و مدیریت آمبولانس‌ها
- برنامه‌ریزی جهت تامین تجهیزات حفاظت فردی کارکنان عملیاتی
- منطقه‌بندی محل حادثه و تعیین شعاع ایمن
- هماهنگی با نیروهای امنیتی و انتظامی جهت ورود آمبولانس‌ها به محل حادثه
- اعلام گزارش به EOC و مستندسازی کلیه اقدامات و فعالیت‌های صورت گرفته
- فعال کردن آمبولانس‌های رزرو با استفاده از نیروهای ستاد عملیاتی
- آماده باش به نیروهای خارج از شیفت
- اقدامات مرکز هدایت و عملیات بحران (EOC)
 - تأیید و اطلاع‌رسانی خبر به مسئولین
 - اطلاع‌رسانی به اداره ارتباطات برای اعزام سریع کدها و ارزیابی اولیه سریع
 - فراخوان کارکنان عملیاتی آنکال EOC
 - جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های حادثه و ارسال آن طبق ضوابط به مسئولین ذی‌ربط
 - اطلاع‌رسانی به واحد MCMC جهت اعلام آماده باش به مراکز درمانی
 - کنترل و ارزیابی عملیات جهت رفع کمبودهای احتمالی و هماهنگی جهت تامین نیرو و تجهیزات
 - مستندسازی و ارائه گزارشات لازم
 - هماهنگی با سایر سازمان‌های همکار، پشتیبان و انتظامی
 - هماهنگی با واحد روابط عمومی در خصوص پوشش خبری
 - اطلاع‌رسانی EOC در خصوص آخرین وضعیت مصدومین/بیماران
- اقدامات مرکز پایش مراقبت‌های درمانی (MCMC)
 - هماهنگی جهت اعزام مصدوم/بیماران به نزدیک‌ترین مرکز درمانی



- نظارت بر توزیع مصدوم/ بیمار در مراکز درمانی توسط واحد MCMC
- هماهنگی لازم جهت تخلیه واحد درمانی به منظور افزایش ظرفیت مرکز درمانی
- هماهنگی جهت انتقال بین بیمارستانی توسط MCMC و اطلاع به EOC
- جمع‌آوری و اطلاع‌رسانی اطلاعات بیماران توزیع شده

روش کار

۱. اداره ارتباطات اورژانس مسئولیت دریافت اطلاعات حادثه از فرد تماس گیرنده را داشته و به سرعت با ارزیابی مشخصات حادثه از نظر وسعت، شدت، تعداد مصدوم/ بیمار و متوفیان و سایر نیازهایی که باید پاسخ مناسب و فوری به آن‌ها داده شود، اقدام به تریاژ تلفنی و اعزام نیرو و کد عملیاتی مناسب (از نظر نوع و تعداد) به محل حادثه می‌نماید.
۲. اداره ارتباطات، اطلاع‌رسانی به مسئولین، EOC (مرکز هدایت عملیات و بحران) دانشگاه و EOC وزارت بهداشت و تکمیل فرم‌ها بر اساس اطلاعات دریافت شده را مطابق دستورالعمل ارسال فرم حوادث ویژه (پیوست شماره ۳۰) حین اقدامات اعزام نیرو انجام می‌دهد.
۳. کارشناس تریاژ تلفنی، تریاژ تلفنی را بر اساس دستورالعمل پروتکل تریاژ تلفنی به انجام می‌رساند.
۴. کارشناس واحد اعزام و راهبری محل جغرافیایی، زمان، نوع و گستردگی حادثه و حتی زمان پایان مأموریت را تخمین می‌زند و همچنین ضمن برقراری ارتباط مستمر با فرمانده حاضر در صحنه و کسب اطلاعات تکمیلی از محل حادثه، در صورت نیاز به خدمات سازمان‌های همکار نظیر، پلیس نیروی انتظامی و پلیس راهور، آتش‌نشانی، هلال احمر، راهداری و... اطلاع‌رسانی را از زمان‌بندی تعریف شده (تلفن هات لاین، فرکانس مشترک بیسیم، پیام کوتاه و...) آغاز می‌نماید.
۵. اولین واحد عملیاتی که به صحنه حادثه می‌رسد، ارتباط فعال با اداره ارتباطات را تا پایان مأموریت ادامه خواهد داد.
۶. کارشناس واحد اعزام و راهبری با ارزیابی سریع توسط نزدیک‌ترین واحد عملیات (اولین آمبولانس حاضر در صحنه) اطلاعات بیشتری کسب نموده و نیروهای مضاعف را جهت پاسخ‌گویی به حادثه اعزام نموده و در صورت نیاز، به سازمان‌های همکار/ پشتیبان اطلاع داده و حضور ایشان را رصد و پی‌گیری می‌نماید.
۷. بعد از رسیدن به صحنه حادثه و و ارزیابی سریع صحنه نسبت به نوع حادثه و مخاطرات ناشی از آن،



- مراتب توسط اولین کد به واحد دیسپچ اعلام می‌گردد.
۸. محل صحیح و کم‌خطر برای پارک آمبولانس انتخاب می‌گردد.
 ۹. در مواقع تاریکی یا شرایط محدودیت دید لازم است نفر دوم کد جهت راهنمایی کردن پارک صحیح توسط راننده، پیاده شده و اقدام نماید.
 ۱۰. در صورت حضور پلیس همکاری با ایشان به عنوان فرمانده صحنه حادثه الزامیست.
 ۱۱. پارک مناسب آمبولانس در محل حوادث ترافیکی (در صورت حضور پلیس بعد از صحنه حادثه و در غیر این صورت با فاصله ۳۰ متر قبل از صحنه حادثه و مشروط بر نصب کله قندی و مثلث خطر ۵۰ متر عقب‌تر و روشن بودن آلام و فلاشر و در صورت احتمال آتش‌سوزی و انفجار با فاصله ۶۰۰ متر) صورت پذیرد.



۱۲. در صورت درخواست فرمانده صحنه به تغییر محل پارک آمبولانس، کارکنان ملزم به اجرا می‌باشند.
۱۳. محل مناسب جهت پارک کد باید دورتر از آتش، خطرات انفجاری، آوار، سیم و دکل برق و با امکان خروج سریع از محل باشد.
۱۴. کمک گرفتن از افراد حاضر در صحنه تا رسیدن پلیس جهت هدایت خودروهای عبوری
۱۵. هوشیار بودن تیم نسبت به احتمال وقوع حوادث ثانویه ترافیکی و محیطی
۱۶. کارشناس واحد اعزام و راهبری پس از دریافت اطلاعات تکمیلی و برآورد تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز، اعزام موتورلانس، بالگرد اورژانس، اتوبوس آمبولانس، آمبولانس سبک و شناور اورژانس (با هماهنگی مسئول شیفت) مورد نیاز را انجام داده و موارد را در سامانه EOC تکمیل و بروزرسانی می‌نماید.
۱۷. اداره ارتباطات در حین انجام اقدامات گفته شده به ثبت زمان فراخوان، اعزام، رسیدن به محل، اعزام



به بیمارستان و پایان مأموریت نیز پرداخته و با ارتباط مداوم با EOC دانشگاه، هرگونه کمبود منابع را اعلام می‌نماید.

۱۸. مدیریت اعزام و راهبری آمبولانس‌های ۱۱۵ به عهده اداره ارتباطات مرتبط با منطقه تحت تاثیر حادثه می‌باشد.

۱۹. مدیریت اعزام و راهبری آمبولانس‌های غیر ۱۱۵ تا رسیدن به محل حادثه به عهده واحد ارتباطات بوده و ادامه خدمت ایشان در صحنه حادثه طبق دستور فرمانده عملیات اورژانس انجام شده و گزارش آن باید به واحد اعزام و راهبری آمبولانس طلاع رسانی شود.

۲۰. در حوادثی که در حوزه سرزمینی مرزی دو یا چند دانشگاه رخ می‌دهد و نیاز به منابع هر دو دانشگاه برای پوشش حادثه وجود دارد؛ واحد ارتباطاتی که حادثه در حوزه سرزمینی دانشگاه مربوطه رخ داده، مسئولیت هدایت و راهبری آمبولانس را به عهده‌دارد و دانشگاه مجاور می‌بایست طبق درخواست EOC به صورت کامل همکاری نماید.

۲۱. در حوادث پر تلفات یا در شرایط مواجهه با کمبود یا نبود آمبولانس (به هر دلیل) اداره ارتباطات منابع مورد نیاز را به EOC دانشگاه مربوطه اعلام می‌نماید و کارشناس EOC موظف به تامین منابع مورد نیاز از سایر دانشگاه‌ها و سازمان‌های همکار و پشتیبان می‌باشد. بدین منظور در صورت نیاز به منابع از سایر دانشگاه‌های قطب، EOC دانشگاه مربوطه از EOC قطب درخواست می‌نماید و چنانچه به منابع دانشگاه‌های خارج قطب نیاز باشد؛ مراتب از طریق EOC وزارت بهداشت انجام می‌پذیرد.

۲۲. در حوادث با مصدوم/بیماران انبوه (مانند تصادفات سنگین جاده‌ای) و نیز در بلایای طبیعی (مانند سیل، زلزله، آتش‌سوزی و...) اولین کد که به صحنه حادثه می‌رسد تا زمانی که مدیر جانشین، فرمانده صحنه عملیات یا کارشناسی با تجربه علمی یا عملی بیشتر در صحنه حاضر شود و فرماندهی عملیات را تحویل بگیرد، وظیفه فرماندهی و کنترل صحنه را بر عهده خواهد گرفت.

۲۳. اولین واحد عملیاتی حاضر در صحنه، فرمانده عملیاتی اورژانس بوده و در صورت امکان تعیین محل مناسب برای پست فرماندهی حادثه (ICP)، تعیین مناطق داغ و گرم و سرد در حوادث شیمیایی، زیستی، پرتویی، هسته‌ای و انفجاری، مناطق تریاژ، تجمع مصدوم/بیماران و بیمارستان سیار و... را به عهده خواهد داشت و این اطلاعات را به همه تیم‌های اعزامی و حتی نیروهای سازمان‌های همکار و پشتیبان بدهد. این واحد باید نیروهای موجود در منطقه را به درستی توزیع نماید و بر



عملکرد تیم‌های عملیاتی پیش‌بیمارستانی حاضر در صحنه نظارت داشته باشد. چنانچه کارکنان واحد عملیاتی توانایی انجام این خدمت را نداشته باشند، مدیر جانشین در اولین زمان رسیدن به محل، وظائف یاد شده را انجام خواهد داد. در صورت ایجاد ICP در صحنه، همه واحدهای عملیاتی موظف به هماهنگی کامل با آن می‌باشند.

۲۴. برای هر منطقه می‌بایست یک افسر تریاژ مشخص شود.

۲۵. در صورت نیاز، محلی برای جمع‌آوری مصدومان مشخص می‌گردد. افسر بارگیری و تخلیه مصدومین توسط فرمانده عملیات مشخص شده و بر اساس اولویت بیماران، نسبت به بارگیری بیماران طبق پروتکل تریاژ اقدام می‌نماید.

۲۶. انجام تریاژ در صحنه بر اساس دستورالعمل کشوری تریاژ در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه (پیوست شماره ۳۱)

۲۷. پس از انتقال مصدوم به کد عملیاتی (در زمان انتقال به بیمارستان)، مدیریت و درمان بیمار طبق پروتکل‌های آفلاین و آنلاین پزشکی صورت می‌پذیرد.

۲۸. در حوادث پرتلفات واحد MCMC دانشگاه پس از اطلاع توسط واحد EOC، مطابق فرآیندهای خود نسبت به تعیین مراکز درمانی و ظرفیت تخصیص یافته هر کدام جهت دریافت بیماران اقدام نموده و به اداره ارتباطات اعلام تا تخلیه بیماران/مصدومین به صورت برنامه‌ریزی شده انجام گردد.

۲۹. بیمار با فرم PCR و کارت تریاژ به مرکز درمانی تحویل می‌گردد.

۳۰. در صورت نیاز به اعزام آمبولانس خارج از دانشگاه مربوطه، ضروری است آمبولانس‌ها به محض ورود تحت مدیریت فرمانده عملیات قرار گیرند. در صورت ایجاد دیسپچ سیار در محل حادثه، آمبولانس‌ها تحت هدایت آن خدمت می‌نمایند و در غیر این صورت ترجیحاً آمبولانس‌ها با دریافت سیم کارت دانشگاه محل حادثه، تحت فرماندهی واحد هدایت ارتباطات آن دانشگاه قرار می‌گیرند. همچنین ضروری است ارتباط بیسیمی بین کد اعزامی و واحد هدایت و راهبری آمبولانس مقصد نیز برقرار گردد.

۳۱. به محض ورود مقام بالاتر از نظر علمی و یا جایگاه سازمانی، اولین واحد عملیاتی حاضر در صحنه موظف به ارائه گزارشی جامع از حادثه، تعداد مصدوم/بیماران و فوتی‌ها، اقدامات امداد و نجات و فوریت‌های پزشکی انجام شده و انتقال مصدوم/بیماران به مراکز درمانی، تعداد لجستیک اورژانس



که در صحنه حضور داشته و یا در حال اعزام می باشند و همچنین خطرات احتمالی حادثه مربوطه می باشد.

۳۲. فرمانده عملیات اورژانس تا زمان خارج شدن آخرین مصدوم/ بیمار از محل حادثه و خاتمه مأموریت (طبق نظر فرمانده حادثه) باید در صحنه حضور داشته و ارائه خدمات فوریت های پزشکی به مصدوم/ بیمار و آسیب دیدگان و حوادث احتمالی بعدی را راهبری نماید.

ملاحظات در حوادث تروریستی و اغتشاشات

- حضور مدیر جانشین در محل حادثه و نظارت بر عملکرد کارکنان عملیاتی و محل حادثه
- بررسی تجهیزات و آمبولانس ها قبل از زمان ورود به صحنه
- تا زمانی که از امنیت کامل صحنه اطمینان نیافته اید وارد صحنه نشوید و در فاصله مطمئن قرار بگیرید، این کار به شما کمک می کند تا علاوه بر حفظ امنیت، ارزیابی بهتری را نیز قبل از عملیات در صحنه داشته باشید.
- تیم های عملیاتی به صورت پیاده نسبت به بررسی صحنه و جانمایی و استقرار آمبولانس بر اساس نظر مسئولین امنیتی اقدام نمایند.
- تیم های پیاده با جامبگ مخصوص در محل درگیری به صورت دائم وضعیت را پایش نموده و نسبت به درمان سرپایی مصدوم/ بیمار و همچنین درخواست آمبولانس جهت اعزام مصدوم/ بیمار به نزدیک ترین مرکز درمانی اقدام نمایند.
- ارائه خدمات به مصدوم/ بیمار در هر گروه و سازمانی بدون در نظر گرفتن مسائل سیاسی و صرفاً براساس اخلاق مداری و در جهت حفظ سلامت مصدومین/ بیماران باشد.
- مصدومین/ بیماران طبق پروتکل محلی به نزدیک ترین مرکز تروما منتقل شوند.
- به جهت حفظ ظرفیت مرکز درمانی درگیر در محل حادثه، توصیه می شود مصدومین/ بیمارانی که امکان انتقال به مرکز درمانی دورتر را دارند منتقل شوند.
- کلیه پرسنل و آمبولانس های فراخوان شده به محل حادثه، به محض ورود به صحنه باید خود را به فرمانده میدان اورژانس معرفی نموده و طبق نظر ایشان مستقر و فعالیت نمایند.
- کلیه آمبولانس ها در زمان ورود به صحنه لازم است نسبت به ارزیابی صحنه و محل استقرار خود اقدام نمایند و در خصوص راه های عبور و مرور خود و ورود و خروج آمبولانس آگاهی کامل یابند.



(با هماهنگی نیروهای امنیتی)

- در طول مدت استقرار در محل، کارکنان صرفاً باید در داخل آمبولانس‌ها با شیشه‌های بالا و خودرو روشن مستقر باشند و از خروج بی‌مورد و راه رفتن کنار آمبولانس به‌جز در موارد خاص و مراجعه بیماران خودداری گردد.
- موارد امنیتی در طول استقرار در محل حادثه رعایت گردد و نسبت به بسته بودن تمام درها و پنجره‌ها و قفل کردن آمبولانس‌ها در طول استقرار در محل چه زمانی که کارکنان داخل آمبولانس هستند و چه خارج از آمبولانس اهتمام ورزیده شود.
- مصرف هرگونه نوشیدنی و غذای توزیع شده توسط سایرین، خارج از موارد توزیعی توسط سازمان به علت امکان بروز مسمومیت اکیدا ممنوع می‌باشد.
- هر مورد مشکوک و هرگونه موارد مسمومیت گروهی غذایی یا تنفسی بلافاصله به اداره ارتباطات اعلام گردد.
- هماهنگی با نیروهای انتظامی و سایر سازمان‌های امدادی با رعایت اصول حرفه‌ای اورژانس پیش بیمارستانی
- به گوش بودن و اجرای فرامین اداره ارتباطات، استقرار در محل تعیین شده برای انجام مأموریت، گزارش وقایع به اداره ارتباطات با استفاده از کد رمز، عدم ترک محل بدون دستور صریح و روشن اداره ارتباطات صورت پذیرد.
- تمامی مشاهدات خود از صحنه حادثه را بطور دقیق به مرکز فرماندهی گزارش نمایید.
- حتماً هنگام ترک آمبولانس بیسیم دستی خود را همراه ببرید تا در صورت نیاز درخواست کمک نمایید.
- تلاش لازم برای تعیین دقیق نوع حادثه احتمالی با مد نظر قرار دادن موارد ایمنی و استفاده از تجهیزات حفاظت فردی مناسب
- اعتراض‌کنندگان گاهی وسایل انفجاری ثانویه‌ای را با قصد جلوگیری از تلاش برای امداد رسانی کار می‌گذارند که امدادگران بایستی مراقب این موارد باشند.
- هرگونه مصاحبه با رسانه‌ها در صحنه ممنوع بوده و بایستی ایشان را به روابط عمومی سازمان ارجاع داد.
- تجهیز آمبولانس به box Disaster برای مداوای حداقل ۲۰ نفر اعم از گاز، باند، وسایل کنترل خون‌ریزی و... برای تمامی آمبولانس‌های فراخوان شده الزامی است.