



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت درمان  
مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور

# دستورالعمل نحوه تکمیل پرسشنامه ثبت حوادث مربوط به چهارشنبه پایان سال ۱۳۹۴

مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور

**دستورالعمل تکمیل پرسشنامه ثبت حوادث مربوط به چهارشنبه پایان سال ۱۳۹۴**

## سخنی با همکاران

همکاران ارجمند، این دستورالعمل جهت تکمیل پرسشنامه ثبت حوادث مربوط به چهارشنبه پایان سال (فایل اکسل پیوست) در اورژانس کلیه بیمارستانهای دانشگاههای علوم پزشکی تنظیم شده است که می-بایست اطلاعات کلیه مصدومین حوادث مرتبط با چهارشنبه پایان سال از ۲۲ اسفند لغایت ۲۷ اسفند ۱۳۹۴ توسط پرستار اورژانس مسئول شیفت درفایل اکسل پیوست تکمیل و با تایید سرپرستار حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۵/۰۱/۷ به مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه ارسال گردد.

توضیح موارد پرسشنامه:

- ۱ - نام دانشگاه : در این ستون، نام دانشگاه محل وقوع حادثه انتخاب شود.
- ۲ - نام بیمارستان : در این ستون، نام بیمارستان به زبان فارسی تایپ شود.
- ۳ - نام و نام خانوادگی مصدوم : در این ستون، نام و نام خانوادگی فرد مصدوم به زبان فارسی تایپ شود.
- ۴ - سن : در این ستون، گروه سنی فرد حادثه دیده انتخاب شود.
- ۵ - جنس: در این ستون، جنس فرد حادثه دیده انتخاب شود.
- ۶- نحوه انتقال به بیمارستان: در این ستون، با توجه به آیتم های زیر (موجود در Drop Box) نحوه انتقال به بیمارستان انتخاب گردد:

← شخصاً یا توسط خانواده

← نیروهای مردمی

← اورژانس ۱۱۵

← سایر موارد

← نامشخص

۷- تاریخ رخداد آسیب : در این ستون، تاریخ روز رخداد حادثه انتخاب شود.

۸- ماده محترقه : در این ستون، با توجه به آیتم های زیر (موجود در Drop Box) نوع ماده محترقه انتخاب شود.

← بمب

← دینامیت

← فشفشه

← گاز

← نفت

← اکلیل

← کبریتی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت درمان  
مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور

- ← کپسول
- ← نارنجک
- ← ترقه
- ← سیگارت
- ← آبشار
- ← منور
- ← بنزین
- ← باروت
- ← آتش
- ← نامشخص
- ← سایر موارد

مثال : در مواردی که سوختگی توسط اجسامی نظیر چوب و لاستیک و.... ایجاد می شود، گزینه آتش انتخاب گردد.

۹- نحوه تهیه ماده متحرکه : در این ستون، با توجه به آیتم‌های زیر (موجود در Drop Box) نحوه تهیه ماده متحرکه انتخاب شود.

- ← خریداری شده
- ← دست ساز
- ← توسط دوستان
- ← نامشخص
- ← سایر موارد

۱۰- نوع فعالیت: در این ستون، با توجه به آیتم‌های زیر (موجود در Drop Box) نوع فعالیت فرد مصدوم انتخاب گردد.

- ← حین ساخت مواد متحرکه
- ← حین عبور از محل وقوع حادثه
- ← حین بازی با مواد متحرکه
- ← حین پریدن از روی آتش
- ← حین تماشا کردن
- ← حین انجام وظیفه (برای پرسنل نیروی انتظامی و نیروهای امدادی)
- ← نامشخص
- ← سایر موارد

۱۱- محل وقوع حادثه : در این ستون، با توجه به آیتم‌های زیر (موجود در Drop Box) محل وقوع حادثه انتخاب گردد.

- ← داخل خانه و حیاط
- ← مدرسه



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور

- ◀ کوچه و خیابان
- ◀ پارک
- ◀ محل کار
- ◀ نامشخص
- ◀ سایر موارد

۱۲- نواحی آسیب دیده بدن : در این ستونها، با توجه به آیتم های زیر (موجود در Drop Box) ابتدا در ستون نخست ناحیه آسیب دیده بدن انتخاب گردد، در صورتی که تنها یک ناحیه بدن آسیب دیده بود یا گزینه کل بدن انتخاب گردید، در ستون دوم و سوم گزینه "ناحیه آسیب در ستون قبل مشخص شده است" را انتخاب فرمایید.  
در صورتی که بیش از یک ناحیه بدن آسیب دیده بود، ناحیه آسیب بعدی در ستون دوم و در ستون سوم گزینه "ناحیه آسیب در ستون قبل مشخص شده است" را انتخاب فرمایید.  
در صورتی که بیش از دو ناحیه بدن آسیب دیده بود، ناحیه آسیب بعدی در ستون سوم انتخاب گردد.

- ◀ چشم (به دلیل کثرت موارد آسیب، این آیتم به صورت مجزا در نظر گرفته شده است).
- ◀ سر و صورت (سر، بینی، ابرو، لب، چانه، پیشانی، گونه، گوش، گردن)
- ◀ تنه ( قفسه سینه، شکم، کمر)
- ◀ اندام فوقانی (بازو، ساعد، مچ دست، کف دست، انگشتان)
- ◀ اندام تحتانی (ران، ساق، مچ پا، کف پا، انگشتان)
- ◀ لگن و اندام تناسلی
- ◀ کل بدن

۱۳- نوع آسیب : در این ستون، با توجه به آیتم های زیر (موجود در Drop Box) شدیدترین نوع آسیب انتخاب گردد:

- ◀ ساییدگی، خراشیدگی
- ◀ زخم، پارگی و بریدگی
- ◀ شکستگی
- ◀ سوختگی درجه ۱
- ◀ سوختگی درجه ۲
- ◀ سوختگی درجه ۳
- ◀ قطع عضو
- ◀ له شدگی
- ◀ نقص عضو (کوری، کری)
- ◀ سایر موارد
- ◀ نامشخص

\* اگر فردی دچار سوختگی شده باشد حتماً سوختگی بر اساس نظر پرستار/ پزشک انتخاب گردد.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور

۱۴ - نوع خدمت: در این ستون، باتوجه به آیتم‌های زیر (موجود در Drop Box) نوع خدمت

دریافتی ذکر گردد:

← خدمت سرپایی

← خدمت بستری

← عدم دریافت خدمت بعلت رضایت شخصی

۱۵ - نتیجه هنگام ترخیص: در این ستون، باتوجه به آیتم‌های زیر (موجود در Drop Box) نوع

نتیجه هنگام ترخیص ذکر گردد:

← بهبود

← معلولیت

← فوت

← اعزام

← نامعلوم (به علت رضایت شخصی)

\* تذکر: این بخش پس از استعلام از واحد مدارک پزشکی تکمیل گردد.