

فرم بازرسی معاینه طبی استاندارد آمبولانس تیپ B

محل درج
لوگوی دانشگاه



دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث

| | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| نام مالک طبق سند: | محل خدمت: | برند آمبولانس: |
| سال ساخت: | شماره تاییدیه استاندارد: | تاریخ اعتبار معاینه فنی: |
| شماره شاسی: | شماره موتور: | پلاک انتظامی: |
| سریال | تاریخ بازدید | تاریخ اعتبار |

| کابین بیمار | | | | |
|-------------|---|--|--------------|---------|
| ردیف | ویژگی / نام وسیله | حدود قابل قبول / تعداد | نتیجه بازرسی | توضیحات |
| ۱ | تاسیسات الکتریکی - وضعیت مدارها - تعداد پریز ۱۲ ولت برای ابزار پزشکی در کابین بیمار - تعداد پریز ۲۲۰ ولت برای ابزار پزشکی در کابین بیمار | - هر مدار باید دارای فیوز مجزا و مشخص باشد - حداقل ۴ عدد (باید سالم باشد و بدرستی کار کند) - حداقل ۱ عدد | | |
| ۲ | ویژگی های دیوار حائل | - قسمت بازشونده پنجره ها نباید خودبخود باز شود. - پنجره باید دارای پرده قابل تنظیم باشد و به درستی کار کند | | |
| ۳ | درها | - امکان قفل کردن و باز کردن از داخل بدون استفاده از کلید - امکان قفل کردن و باز کردن از خارج با استفاده از کلید - امکان قفل کردن و باز کردن از خارج با استفاده از کلید وقتی درها از داخل قفل شده است. - درهای کابین بیمار قابلیت ایستایی در حالت باز را داشته باشند. - اعلان صوتی یا بصری برای راننده در صورت بسته نشدن کامل هر یک از درها | | |
| ۴ | پنجره ها | پنجره ها باید دارای پرده باشند یا به گونه ای باشند که در هنگام لزوم، امکان استتار بیمار فراهم شود. عدم استفاده از برجسب مات تاریک کننده پشت پنجره ها و شیشه درب عقب | | |
| ۵ | صندلی ها | - صندلی پرستار و همراه بیمار هر کدام حداقل یک عدد - صندلی ها باید دارای کمر بند ایمنی باشند کمر بندها باید سالم بوده و به درستی کار کنند | | |
| ۶ | لبه های سطوح و کف کابین بیمار | - لبه های سطوح ، مانع نفوذ مایعات شوند. - لبه های در دسترس، نباید تیز و برنده باشند. | | |

فرم بازرسی معاینه طبی استاندارد آمبولانس تیپ B

محل درج
لوگوی دانشگاه



دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث

| | | | | |
|----|---|---|--|--|
| | | - هیچگونه ترک و شکستگی در دیواره‌ها، سقف و کف کابین بیمار نباید وجود داشته باشد. | | |
| ۷ | سیستم گرمایش | - سیستم گرمایش کابین بیمار باید مستقل از سیستم گرم-کننده کابین راننده باشد. - سیستم گرمایش کابین بیمار باید توسط یک ترموستات قابل تنظیم کنترل شود و به درستی کار کند. | | |
| ۸ | سیستم سرمایش | کابین بیمار باید دارای سیستم سرمایش باشد و به درستی کار کند. | | |
| ۹ | ویژگی‌های سیستم نگهدارنده تزریق سرم | - امکان دو تزریق ثابت عمودی وجود داشته باشد. - از حداکثر ارتفاع بالای برانکار استفاده شود. - در هر دو انتهای برانکار امکان تزریق باشد. | | |
| ۱۰ | کنترل کننده‌ها، دکمه‌ها، سوئیچ-ها، نشانگرها | - باید همگی قابل رویت باشند و به درستی کار کنند - باید قابل دسترس باشند. | | |
| ۱۱ | علامتگذاری و دستورالعمل‌ها | - دستورالعمل‌های استفاده و نگهداری و در صورت نیاز روش‌های تعمیرات برای تجهیزات مورد استفاده در آمبولانس، باید وجود داشته باشد. - تعرفه حمل بیمار بصورت لمینت شده نصب و قابل مشاهده باشد. | | |
| ۱۲ | وضعیت قرارگیری تجهیزات | - تجهیزاتی که تشکیل مجموعه‌ای می‌دهند باید در کنار هم و در مکان مشخص قرار بگیرند. - تجهیزات باید مهار، نصب یا جاسازی شوند. | | |
| ۱۳ | روشنایی داخلی | تمامی لامپ‌های داخل کابین بیمار به درستی کار کنند | | |
| ۱۴ | وجود یک قفسه ویژه دارو | این قفسه باید مجهز به قفل ایمنی باشد | | |

بدنه آمبولانس

| ردیف | ویژگی / نام وسیله | حدود قابل قبول / تعداد | نتیجه بازرسی | توضیحات |
|------|-------------------------------|---|--------------|---------|
| ۱ | وضعیت بدنه آمبولانس | تمامی شیشه‌ها و آئینه‌ها سالم و بدنه فاقد آسیب و خوردگی | | |
| ۲ | نوشتر و برچسب بدنه | - رنگ اصلی بدنه سفید - ستاره حیات آبی شبرنگ انعکاسی با ابعاد ۵۰cm روی سقف، طرفین و پشت آمبولانس - کلمه AMBULANCE با حروف بزرگ و شبرنگ انعکاسی فونت ۱۰cm در ۴ طرف بدنه - درج نام کامل موسسه با شماره تماس، تیپ آمبولانس و شماره شکایات ۱۹۰ در دو طرف و پشت آمبولانس به رنگ آبی شبرنگ انعکاسی و نصب تصویر QRcode متعلق به کارت معاینه طبی به سایز کاغذ A5 پشت شیشه جلو سمت شاگرد | | |
| ۳ | آزیر، چراغ گردان و پروژکتورها | هرکدام باید به درستی کار کند | | |

فرم بازرسی معاینه طبی استاندارد آمبولانس تیپ B

محل درج
لوگوی دانشگاه



دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث

| تجهیزات جابجایی بیمار | | | | |
|---------------------------|--|--|--------------|---------|
| ردیف | ویژگی / نام وسیله | حدود قابل قبول / تعداد | نتیجه بازرسی | توضیحات |
| ۱ | برانکارד اصلی / برانکارد با قابلیت تنظیم ارتفاع چند گانه | - برانکارد باید به درستی عمل کرده و در حالت قرارگیری داخل آمبولانس قفل شود - کمر بند ایمنی برانکارد باید به درستی کار کند | | |
| ۲ | صندلی تاشو چرخدار (چیراستریچر) | ۱ | | |
| ۳ | پتو یا تشک جابجایی بیمار (کری شیت) | ۱ | | |
| ۴ | برانکارد اسکوپ | ۱ | | |
| ۵ | تشک خلاء | ۱ | | |
| ۶ | تخته بلند ستون فقرات با ثابت نگهدارنده سر و تسمه های محافظ | ۱ | | |
| تجهیزات بی حرکت ساز بیمار | | | | |
| ردیف | ویژگی / نام وسیله | حدود قابل قبول / تعداد | نتیجه بازرسی | توضیحات |
| ۱ | آتل کششی ران (تراکشن اسپلینت) | ۱ | | |
| ۲ | ست کامل ثابت سازی شکستگی لگن | ۱ | | |
| ۳ | ست کولارگردن | ۱ | | |
| ۴ | تخته کوتاه ستون فقرات - KED | ۱ | | |
| تجهیزات تهویه / تنفس | | | | |
| ردیف | ویژگی / نام وسیله | حدود قابل قبول / تعداد | نتیجه بازرسی | توضیحات |
| ۱ | کپسول اکسیژن ثابت حداقل ۲۰ لیتری با مانومتر و شیر رگولاتور | - دو سیلندر ۱۰ لیتری با اتصال سریع - سیلندر ها نباید از نظر فیزیکی آسیب دیده باشند. - اطلاعات زیر باید بصورت خوانا و پاک نشدنی و به زبان فارسی، در قسمت پایین شانه سیلندر و با قلم مشکی درشت در ابعاد حداقل ۱۵cm × ۱۰ نوشته شود: ۱- نام گاز(اکسیژن طبی) و فرمول شیمیایی (O-2) ۲- نام مالک/ دارنده سیلندر ۳- تاریخ آخرین بازرسی و آزمون دوره ای سیندر (نباید بیش از ۵ سال از تاریخ آن گذشته باشد) نام و نشانی تولید کننده، تاریخ تولید و انقضاء | | |
| ۲ | کپسول اکسیژن پرتابل همراه با مانومتر و شیر رگولاتور | ۱ | | |
| ۳ | آمبویگ و ست کامل لوله راه هوایی | ۱ | | |
| ۴ | ماسک تهویه دهانی برای تمام سنین به همراه ورودی اکسیژن | ۵ | | |

فرم بازرسی معاینه طبی استاندارد آمبولانس تیپ B

محل درج
لوگوی دانشگاه



دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث

| | | ۱ | ساکشن نصب دائم یا پرتابل با فشار مکش حداقل ۶۵ بار و ظرفیت ظرف نگهداری حداقل ۱ لیتر | ۵ |
|--|--|--|--|---------|
| تجهیزات تشخیصی | | | | |
| ردیف | ویژگی / نام وسیله | حدود قابل قبول / تعداد | نتیجه بازرسی | توضیحات |
| ۱ | دستگاه فشار خون دستی با دو سایز بازو بند اطفال و بزرگسال | ۱ | | |
| ۲ | دستگاه فشارسنج اتوماتیک با دو سایز بازو بند اطفال و بزرگسال | ۱ | | |
| ۳ | گوشی پزشکی | ۱ | | |
| ۴ | دماسنج پزشکی (ترجیحا دیجیتال) | ۱ | | |
| ۵ | چراغ قوه قلمی جهت معاینه | ۱ | | |
| ۶ | پالس اکسی متر | ۱ | | |
| ۷ | گلوکومتر | ۱ | | |
| تجهیزات یا مواد تزریقی | | | | |
| ردیف | ویژگی / نام وسیله | حدود قابل قبول / تعداد | نتیجه بازرسی | توضیحات |
| ۱ | انواع داروها و مواد تزریقی | مطابق با آخرین دستورالعمل سازمان اورژانس | | |
| ۲ | محلول های تزریقی از هر نوع یک لیتر | مطابق با آخرین دستورالعمل سازمان اورژانس | | |
| ۳ | ست تجهیزات تزریق (در سایزهای مختلف) | مطابق با آخرین دستورالعمل سازمان اورژانس | | |
| ۴ | دستگاه گرم نگهدارنده سرم (وارمر سرم) به دمای 37 ± 2 | ۱ | | |
| ۵ | آویز سرم متصل به بدنه یا سقف آمبولانس با ارتفاع مناسب جهت تزریق | ۲ | | |
| ۶ | کول باکس دارویی با ظرفیت حداقل ۵ لیتر | ۱ | | |
| تجهیزات برای مدیریت مشکلات تهدید کننده حیات | | | | |
| ردیف | ویژگی / نام وسیله | حدود قابل قبول / تعداد | نتیجه بازرسی | توضیحات |
| ۱ | دیفیبریلاتور قابل حمل با ثبت کننده ریتم و داده های بیمار یا دستگاه AED | ۱ | | |
| ۲ | پایشگر قلبی یا دستگاهی با قابلیت چندگانه برای ردیف ۱ و ۲ | ۱ | | |
| ۳ | کیف قابل حمل احیا پیشرفته شامل: | ۱ | | |

فرم بازرسی معاینه طبی استاندارد آمبولانس تیپ B

محل درج
لوگوی دانشگاه



دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - محتوای کیف احیا پایه - (آمبویگ و ست کامل لوله راه هوایی - ماسک تهویه دهانی در دو سایز با ورودی اکسیژن - ساکشن دستی یا پدالی - سوند ساکشن) - تجهیزات تزریق شامل کانولای درون رگی - ست های تزریق سرم - محلول های تزریقی - مواد ثابت نگهدارنده لوله هوایی - تجهیزات لوله گذاری شامل: دسته لارنگوسکوپ با تیغه های مناسب همه سنین - پنس های مگیل - گاید نگهدارنده لوله تراشه - لوله های درون تراشه با اتصالات مربوطه - سرنگ باد کننده - گوشی پزشکی - کیت دارو و تجهیزات | |
| | | ۱ | دستگاه ایجاد بخار سرد (نبولایزر) *اختیاری | ۴ |
| | | ۱ | وسيله تزریق داخل استخوانی *اختیاری | ۵ |
| | | ۱ | ونتیلاتور آمبولانسی | ۶ |
| | | ۱ | ست یا شیر قابل تنظیم PEEP | ۷ |

مراقبت پرستاری و بانداژ

| ردیف | ویژگی / نام وسیله | حدود قابل قبول / تعداد | نتیجه بازرسی | توضیحات |
|------|--|------------------------|--------------|---------|
| ۱ | ملحفه یکبار مصرف برانکارد | ۵ | | |
| ۲ | پتو | ۲ | | |
| ۳ | ست کامل پانسمان جراحی ها | ۱ | | |
| ۴ | ست کامل پانسمان سوختگی | ۱ | | |
| ۵ | ظرف نگهداری عضو قطع شده که داخل آن را برای حداقل دو ساعت در دمای 4 ± 2 درجه سلسیوس نگهداری کند | ۱ | | |
| ۶ | کیت زایمان اضطراری | ۱ | | |

فرم بازرسی معاینه طبی استاندارد آمبولانس تیپ B

محل درج
لوگوی دانشگاه

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث



| | | |
|-------------------------------------|--------|------------------------------------|
| دستگاه انکوباتور نوزاد | ۱ | *در موارد انتقال نوزاد الزامی است. |
| ظرف رسیور | ۱ | |
| کیسه استفرغ | ۲ | |
| کیسه زباله | ۱ | |
| بطری غیرشیشه ای جمع آوری ادرار | ۱ | |
| ظرف نگهداری اقلام برنده (SAFTY BOX) | ۱ | |
| دستکش استریل | ۵ جفت | |
| دستکش لاتکس | ۱ بسته | |

تجهیزات فردی به منظور حفاظت و شناسایی پرسنل آمبولانس

| ردیف | ویژگی / نام وسیله | حدود قابل قبول / تعداد | نتیجه بازرسی | توضیحات |
|------|---|------------------------|--------------|---------|
| ۱ | کاور دارای نوار شبرنگ با کیفیت انعکاس بالا | ۱ | | |
| ۲ | پوشاک محافظتی کامل | ۱ | | |
| ۳ | دستکش ایمنی | یک جفت | | |
| ۴ | کلاه ایمنی | ۱ | | |
| ۵ | تجهیزات حفاظت شخصی در برابر عفونت(عینک، دستکش، ماسک ساده و N95) | ۱ | | |

* تعداد ذکر شده به ازای هر کدام از اعضای تیم آمبولانس

اقلام حفاظت و نجات

| ردیف | ویژگی / نام وسیله | حدود قابل قبول / تعداد | نتیجه بازرسی | توضیحات |
|------|--|------------------------|--------------|---------|
| ۱ | مواد شوینده و ضد عفونی کننده | ۱ | | |
| ۲ | مجموعه ابزار نجات سبک (چکش شیشه شکن و ...) | ۱ | | |
| ۳ | ابزار برنده کمر بند ایمنی | ۱ | | |
| ۴ | مثلت اخطار (شبرنگ یا چراغ) | ۲ | | |
| ۵ | چراغ قوه بزرگ | ۱ | | |
| ۶ | سیلندر اطفاء حریق | ۱ | | |

ارتباطات

| ردیف | ویژگی / نام وسیله | حدود قابل قبول / تعداد | نتیجه بازرسی | توضیحات |
|------|---|------------------------|--------------|---------|
| ۱ | ارتباط داخلی بین کابین راننده و کابین بیمار | باید به درستی کار کند | | |
| ۲ | تلفن همراه هوشمند | ۱ | | |

فرم بازرسی معاینه طبی استاندارد آمبولانس تیپ B

محل درج
لوگوی دانشگاه



دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث

| | | | | |
|---------------------------|--|---|----------------------|---|
| غیر الزامی برای بخش خصوصی | | ۱ | بیسیم خودروبی* | ۳ |
| | | ۱ | بیسیم دستی قابل حمل* | ۴ |

تذکر: این نسخه جهت نگهداری مستندات در مرکز بوده و می بایست بر اساس آن کارت معاینه طبی به متقاضی تحویل گردد.

رئیس مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث:

نام و نام خانوادگی کارشناس:

نام و نام خانوادگی متقاضی:

مهر و امضاء

امضاء

امضاء