



فرم بررسی و گزارش ماموریت های روزانه

مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی جهرم

واحد کنترل کیفی
ونظارت و ارزیابی
وآموزش

روز: _____ تاریخ: _____ گزارش دهنده: _____ تعداد کل ماموریت ها: _____
تعداد کل تصادفات: _____ تعداد مصدوم تصادفات: _____ فوتی تصادفات: _____ CPR: _____

| ردیف | شماره فرم | موارد قوت و ضعف مشاهده شده | پرسنل مربوطه | تاریخ بررسی | نتیجه پیگیری |
|------|-----------|----------------------------|--------------|-------------|--------------|
| ۱ | | | | | |
| ۲ | | | | | |
| ۳ | | | | | |
| ۴ | | | | | |
| ۵ | | | | | |
| ۶ | | | | | |
| ۷ | | | | | |
| ۸ | | | | | |

توضیحات، نکات، انتقادات و پیشنهادات:

.....
.....