

附件 2

突发事件紧急医学救援信息初次报告格式

标题：××区县（自治县）××事件紧急医学救援情况

事件类别：（按自然灾害、事故灾难、社会安全事件，或更细致分类，如食物中毒、洪灾、山体滑坡等分类填写）

发生时间：_____年___月___日___时___分

发生地点：重庆市_____区（县）_____（乡镇、街道、单位）

事件场所：（如某学校食堂或某宾馆等）

伤情初分类：死亡___人，危重___人，重症___人，轻症___人。

医疗机构接诊或收治的伤病员总人数：_____人

伤病员主要伤情：（危重和重伤伤员需逐个说明主要伤情）

伤员在不同医院的人数分布：

已采取的紧急医疗救援措施：

是否需要上级卫生计生行政部门提供支持：（如需支持请具体说明）

报告单位：

联系人：

联系电话：

报告时间：_____年___月___日___时___分