

## تاریخچه اورژانس

به عنوان تکنسین فوریت های پزشکی، شما به جمع افرادی می پیوندید که از سالها پیش، مراقبت پزشکی را به انسانهای دیگر ارائه می دادند. با آغاز استفاده از وسیله نقلیه موتوری در جنگ، گروهانهای داوطلب آمبولانس، سازمان داده شدند و برای کمک به مجروحان جنگ جهانی اول رفتند. در جنگ جهانی دوم، ارتش، یگان های خاصی را برای ارائه ی مراقبت در میدان جنگ و آوردن زخمی ها به پایگاه های کمک رسانی که پرستار و پزشک داشتند تربیت کرد. در جنگ کره، سیستم مراقبت متحول شد تا رسیدگی پزشکی در منطقه انجام شود، بیماران به سرعت با هلیکوپتر به واحدهای بیمارستان جراحی صحرایی ارتش در همان نزدیکی انتقال داده می شدند و فوراً تحت اقدامات جراحی قرار می گرفتند. بسیاری از پیشرفت های مراقبت فوری بیماران ترومایی، حاصل تجربه های مصدومان جنگهای ویتنام و کره بود.

متأسفانه، مراقبت اورژانسی آسیب دیدگان و بیماران در خانه تا این سطح پیشرفت نکرده بود. تا اوایل دهه ی ۱۹۶۰، خدمات آمبولانس اورژانس و مراقبت از بیماران اورژانسی در سرتاسر ایالات متحده تفاوت گسترده ای داشت. در بعضی جاها، مراقبت توسط گروه های کاملاً تعلیم یافته کمکهای اولیه پیشرفته ارائه می شد که آمبولانس های مدرن و تجهیز شده در اختیار داشتند. در تعداد اندکی از مناطق شهری، مراقبت توسط خدمات آمبولانس مستقر در بیمارستان ارائه می شد که از انترن ها و پزشکان تازه کار استفاده می شد. در بسیاری جاها، مراقبت اورژانسی و سرویس آمبولانس فقط، توسط اداره کفن و دفن ارائه می شد که از یک نعش کش که می توانست تبدیل به حامل برانکار شود و مثل آمبولانس عمل کند استفاده می کردند. در سایر مناطق، پلیس یا اداره آتش نشانی از وانت های مسقف دارای برانکارد جعبه کمکهای اولیه استفاده می کردند. در بیشتر موارد، کارکنان آن ها یک راننده و یک امدادگر بودند، که تا حدودی آموزش کمک های اولیه را دیده بودند. در مناطق اندکی نیز برای جابجایی بیماران، آمبولانس خصوصی با همان تعداد کارکنان وجود داشت که وظیفه اصلی آن ها انتقال بیمار به بیمارستان بود. بسیاری از کشورها هیچ فعالیت رسمی برای مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی یا انتقال بیماران انجام نداده بودند. کمکهای اولیه به اشخاص زخمی، توسط پلیس یا پرسنل آتش نشانی در صحنه ارائه می شد و یک پلیس یا ماشین آتش نشانی آنها را به بیمارستان منتقل می کرد. به صورت مرسوم بیماران با بیماری های حاد توسط بستگان یا همسایه ها به بیمارستان منتقل می شدند و پزشک خانواده یا پزشک کشیک بیمارستان او را ویزیت و ارزیابی می کرد و سپس متخصص و نیروهای اتاق عمل مورد نیاز را فرا می خواندند.

اکثر بیمارستان ها جز در مراکز شهری بزرگ، بخش های اورژانس امروزی با پرسنل آموزش دیده که امروزه وجود دارند را نداشتند. منشاء سیستم فوریت های پزشکی امروزی در سال 1966 با انتشار گزارش «معلولیت و مرگ غیر منتظره: بیماری فراموش شده جامعه امروزی» شروع شد. این گزارش که با همکاری انجمن تحقیقات ملی انجام شد به مردم و مسئولان، نقصان شدید مراقبت های اورژانس پیش بیمارستانی و انتقال را در بسیاری از نواحی نشان داد.

تعدادی از موارد توصیه شده در این گزارش عبارتند از:

- توسعه دوره های آموزشی در زمینه مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی و انتقال برای پرسنل آتش نشانی، پلیس، گروه نجات و پرسنل آمبولانس.

- تهیه کتابهای درسی معتبر و ابزار کمک آموزشی برای این دوره ها

- تهیه دستورالعملهایی توسط اورژانس کشور برای طراحی آمبولانس ها و تجهیزاتی که حمل می کنند.

- تهیه و اتخاذ تدابیر و قوانین مربوط به خدمات آمبولانس و چگونگی نظارت بر کارکنان آمبولانس در کشور  
- انتخاب مسئولی در منطقه برای تهیه وسایل مناسب و مورد نیاز در آمبولانس جهت انتقال و ارائه ی مراقبت اورژانس پیش بیمارستانی

- تاسیس بخشهای اورژانس در بیمارستانها با حضور پزشک، پرستار و دیگر پرسنل که تجهیزات لازم برای احیاء و ارائه مراقبت های فوری به آسیب دیدگان و بیماران را دارا باشد.

سرانجام منابع مالی و برنامه هایی برای گسترش ارائه خدمات اورژانس پیش بیمارستانی ایجاد شد. در ابتدای دهه ی ۱۹۷۰ DOT (Department of transportation) اولین برنامه درسی استاندارد ملی را تهیه و انتشار داد که به عنوان دستورالعمل هایی برای تربیت تکنسین های فوریت های پزشکی استفاده می شد. برای حمایت از دوره آموزش تکنسین فوریت های پزشکی، آکادمی جراحان ارتوپد آمریکا اولین کتاب درسی تکنسین فوریت های پزشکی را در سال ۱۹۷۱ تحت عنوان « مراقبت اورژانسی و انتقال بیماران و مجروحین » تهیه و منتشر کرد. در دهه ۱۹۷۰، به دنبال دستورالعمل های توصیه شده، هر ایالت قوانین لازم مربوط به خود را تدوین کرد و سیستم فوریت های پزشکی در سراسر آمریکا گسترش یافت. در طول همین دوره، تخصص طب اورژانس به عنوان یک تخصص پزشکی مشخص مطرح شد و بخش های اورژانس بیمارستان ها با حضور این پزشکان متخصص، برای مراقبت از بیماران اورژانس، استاندارد شدند. در اواخر دهه ۱۹۷۰ و اوایل ۱۹۸۰، DOT یک برنامه درسی استاندارد ملی توصیه شده برای تربیت پارامدیک ها تهیه کرد و قسمتی از دوره آموزش را برای تربیت تکنسین های فوریت های پزشکی در نظر گرفت. تا سال ۱۹۸۰، EMS در سراسر کشور بر پایه دو اصل زیر تشکیل شد:

- تصویب قانونی که بر اساس آن، مسئولین هر شهر یا ناحیه موظف شدند که خدمات اورژانس پیش بیمارستانی و انتقال صحیح بیماران را در سراسر حوزه خود ارائه دهند.

- ایجاد استانداردهای مشخص و منظم برای تربیت پرسنل آمبولانس و تجهیزاتی که در هر آمبولانس لازم است.

این تغییرات تضمین می کنند که هر فرد بدون توجه به محل آسیب یا بیماری حاد، تحت مراقبت اورژانس و عملیات انتقال مناسب به بیمارستان قرار خواهد گرفت. طی دهه ۱۹۸۵، بسیاری از مناطق، برنامه درسی استاندارد ملی تکنسین فوریت های پزشکی را با اضافه کردن سطوح بالاتر آموزش ارتقاء دادند؛ که این افراد می توانستند مراقبت های حمایتی پیشرفته را ارائه دهند. آموزش تکنسین فوریت های پزشکی پارامدیک و ALS (advanced life support) در سالهای اخیر از رشد ثابتی برخوردار بوده است. بعلاوه با تحول در آموزش و تکنولوژی، تکنسین های فوریت های

پزشکی پایه و متوسط اکنون می‌توانند بسیاری از مهارت‌های مراقبت‌های حمایتی پیشرفته را اجرا کنند که قبلاً فقط توسط تکنسین فوریت‌های پزشکی پارامدیک اجرا می‌شد.

روشی که سیستم‌های خدمات فوریت‌های پزشکی عمل می‌کنند بسته به منطقه جغرافیایی و جمعیتی که به آن‌ها خدمات می‌رسانند فرق می‌کند. با این وجود بدون در نظر گرفتن ناحیه، ارزیابی سیستم‌های خدمات فوریت‌های پزشکی بر اساس ۱۰ معیار زیرانجام می‌شود:

- ۱- قانون و سیاست گذاری
- ۲- مدیریت منابع
- ۳- منابع انسانی و آموزشی
- ۴- سیستم و تجهیزات انتقال
- ۵- امکانات حمایتی و پزشکی
- ۶- سیستم ارتباطات
- ۷- اطلاعات مردم و آموزش عمومی
- ۸- پزشک ارتباطات
- ۹- سیستم تروما و توسعه آن
- ۱۰- ارزیابی سطوح آموزش ارائه مراقبت و انجام کمک‌های اولیه برای بیماران توسط مردم عادی

با گسترش EMS و آگاهی از نیاز بیشتر به مراقبت‌های اورژانس، میلیون‌ها نفر از افراد عادی جامعه دوره‌های آموزش BLS/CPR (basic life support/cardio pulmonary resuscitation) را گذرانده‌اند. علاوه بر CPR، بسیاری از این افراد دوره‌های آموزشی کوتاه مدت کمک‌های اولیه پایه، شامل کنترل خونریزی و سایر مهارت‌های ساده مورد نیاز جهت ارائه‌ی فوری مراقبت‌های اورژانسی را آموخته‌اند. این دوره‌های آموزشی طوری طراحی می‌شوند که معلم‌ها، پرستاران کودک، کارمندان ادارات و سایرین، بتوانند مراقبت‌های اورژانسی لازم را در محل کار، دقایقی قبل از رسیدن تکنسین فوریت‌های پزشکی یا دیگر امدادگران، به صحنه انجام دهند. بعلاوه، بسیاری از افراد، مثل آنهایی که مسئول اردوهای گروهی و تورهای مسافرتی می‌باشند یا افرادی که در مکان‌هایی مشغول به کار می‌باشند که دسترسی به خدمات فوریت‌های پزشکی به علت دوری مسافت ممکن است با تاخیر همراه باشد، تحت آموزش کمک‌های اولیه پیشرفته قرار می‌گیرند. این دوره آموزشی شامل، یادگیری مراقبت‌های حمایتی پایه و سایر مراقبت‌های مورد نیاز و آماده‌سازی بیمار تا رسیدن تکنسین‌ها و امدادگران می‌باشد، سیستم EMS گروهی دارد به نام امدادگر، که از مأمورین نیروی انتظامی، آتش‌نشانان، محافظان پارک‌های جنگلی، یا دیگر ناجیان سازمان یافته تشکیل می‌شود که این گروه اغلب قبل از آمبولانس و تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی به صحنه می‌رسند. DOT یک برنامه درسی برای امدادگران تنظیم کرده که به این افراد آموزش‌های لازم را ارائه می‌دهد تا مراقبت فوری را شروع کنند و سپس به تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی در ادامه مراقبت کمک کنند. در این دوره آموزشی چگونگی ارائه‌ی مراقبت‌های حمایتی پایه و سایر اقدامات ضروری با تجهیزات اندک، آموزش داده می‌شود. این دوره همچنین دانشجویان را با سایر روشها، تجهیزات و تکنیک‌های آماده‌سازی بیمار که تکنسین‌ها از آنها استفاده می‌کنند آشنا می‌سازد تا امدادگران در صورت نیاز بتوانند به تکنسین‌ها کمک کنند. همانطور که یک امدادگر باید مراقبت‌های لازم را تا حد توان به بیمار ارائه دهد. باید مراقب باشد که مراقبت‌های فراتر از محدوده‌ی

آموزش خود را انجام ندهد. یکی از جدی ترین خطرات برای بیمار، انتقال نادرست بیمار از داخل وسیله نقلیه یا صحنه تصادف است که منجر به فلج های دائم و سایر آسیب ها می شود که به علت اعمالی با نیت خیر ولی ناآگاهانه و بالقوه خطرناک صورت می گیرد. محدوده ی عملکرد امدادگران ارائه ی مراقبت های حمایتی پایه است. امدادگران می توانند مراقبت های حمایتی پایه را قبل از رسیدن آمبولانس، برای کمک به بیمار یا مجروح ارائه دهند. اقداماتی چون تنفس مصنوعی، ماساژ قلبی و کنترل خونریزی، همه کارهایی هستند که می توانند بدون تجهیزات یا با تجهیزات کم انجام شوند. تکنسین فوریت های پزشکی پایه، جهت دوره آموزشی تکنسین فوریت های پزشکی پایه احتیاج به برنامه درسی حداقل ۱۱۰ ساعته دارد و شامل دانش و مهارتهای مورد نیازی می شود که برای ارائه ی مراقبت اورژانسی اولیه در صحنه لازم است. این دوره مثل زیر بنایی برای دانش و مهارت بیشتر در آموزش پیشرفته تکنسین اورژانس پایه است. در ورود به صحنه، شما و تکنسین دیگر که با آمبولانس آمده اید باید مسئولیت کمک و مراقبت بیمار را به عهده بگیرید و پس از آماده سازی مناسب، بیمار را به بخش اورژانس انتقال دهید. با گسترش و پیشرفت برنامه درسی استاندارد ملی تکنسین فوریت های پزشکی پایه، مهارت هایی در سطح مراقبت های حمایتی پیشرفته نیز به تکنسین های پایه آموزش داده شد. این مهارت ها شامل: دفیبریلاسیون خارجی اتوماتیک، استفاده از وسایل کمکی برای باز کردن راه هوایی، کمک به بیماران در استفاده از داروهای تجویزی پزشکان مثل نیتروگلیسیرین، اپی نفرین و اسپری های استنشاقی.

تکنسین فوریت های پزشکی متوسط (emergency medical technician intermediate): دوره آموزشی EMT-I طوری طراحی شده تا دانش و مهارت هایی را در ابعاد خاصی از مراقبتهای حمایتی پیشرفته (ALS) به افرادی که تعلیم دیده اند و تجربه در ارائه مراقبت اورژانسی به عنوان تکنسین فوریت های پزشکی پایه دارند بیفزاید. این مهارت ها بیشتر شامل تزریقات وریدی، تفسیر ریتم های قلبی و دفیبریلاسیون، انتوباسیون داخل تراشه از طریق دهان و دانش و مهارت لازم برای استفاده از داروها است.

تکنسین فوریت های پزشکی پارامدیک (Emergency medical technician paramedic): دوره آموزش فشرده EMT-P طوری طراحی شده که بطور قابل ملاحظه ای دانش و مهارت های اولیه را افزایش می دهد و میزان زیادی از مهارت های مراقبت حمایتی پیشرفته (ALS) را در بر می گیرد.

## تاریخچه اورژانس در ایران

در سال ۱۳۵۴ در اثر ریزش سقف یکی از سالن های انتظار فرودگاه مهرآباد تهران تعداد زیادی کشته و مجروح شدند و این در حالی بود که هیچ سیستم از قبل طراحی شده ای برای کمک و انتقال به مجروحین در این گونه حوادث ناگهانی وجود نداشت ، بعد از این حادثه سیستم فوریت های پزشکی کشور با عنوان اورژانس ۱۲۳ کشور با همکاری کشور آمریکا تأسیس شد و ایران به عنوان چهارمین کشور دارنده خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در جهان شناخته شد که این خود افتخاری بزرگ است. کشور آمریکا در دومین تجربه خود در تشکیل یک سیستم اورژانس پیش بیمارستانی بسیاری از کمبودها و نقصهای تجربه ی اول را که برای خودش بود در ایران لحاظ نکرد و به جرأت می توان گفت اورژانس پیش بیمارستانی ایران در سال ۱۳۵۴ کامل تر و بهتر از اورژانس پیش بیمارستانی کشور آمریکا راه اندازی شد .

اما با پیش آمدن مسائل انقلاب و پس از آن جنگ تحمیلی سیستمی که نیاز به نگهداری ، تجدید ، نوسازی و باز آموزشی آموخته ها را داشت به حال خود رها شد و امکانات این سیستم چه از نظر نیروی انسانی و چه از نظر امکانات انتقال و درمان تا حد زیادی از بین رفت و تصویری نادرست نیز با رفتار ناشایست بعضی از تکنسین های اورژانس و همچنین خدمات غیر قابل قبول در ذهن مردم ایجاد شد.

بعد از آن در سال ۱۳۷۹ طرح پوشش فراگیر فوریت های پزشکی تصویب شد و در سال ۱۳۸۰ ابلاغ گردید که تا حد زیادی سیستم به هم ریخته قبلی سامان یافت و رشته جدیدی با عنوان «فوریت های پزشکی» در برخی دانشگاه های علوم پزشکی کشور پایه گذاری شد . کتاب های جدید و به روز ترجمه شد و مدیرانی جدید با کارآیی بیشتری انتخاب شدند. سطح و نوع آمبولانس ها ارتقا یافت و تعداد پایگاه ها هم بر اساس همین طرح افزایش یافت و هم اکنون خدمات اورژانس پیش بیمارستانی از وضعیت نسبتاً خوبی برخوردار است که البته راه بسیار طولانی و پرزحمتی تا رسیدن به یک حد استاندارد در پیش داریم که سیر صعودی آن در سالهای اخیر کاملاً ملموس و محسوس بوده است.

ضمناً در هر کجا و در هر نقطه ای از ایران عزیز که هستید میتوانید با گرفتن شماره ۱۱۵ از خدمات رایگان اورژانس بهره مند شوید.

## تاریخچه اورژانس هرمزگان

### اورژانس پیش بیمارستانی

اورژانس هرمزگان در سال ۱۳۵۷ در محل اسکله باهنر بندرعباس با دو دستگاه آمبولانس بلیزر و به سرپرستی آقای اکبر قزل باش شروع به کار نمود. پس از مدتی پایگاه شماره ۲ بندر عباس جنب خور شهناز (درمحل بازار بزرگ قشم امروز) راه اندازی شد. و شماره ی ۱۲۳ برای تماس با اورژانس اختصاص داده شد.

از سال ۱۳۵۸ پایگاه های بندر لنگه و میناب هر کدام با ۱۰ نفر نیروی انسانی و آمبولانس شورلت ون راه اندازی شدند.



در فاصله زمانی ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۹ گسترش پایگاه های اورژانس استان به لحاظ جنگ تحمیلی وسایر مسائل به کندی صورت می گرفت ، تا اینکه از سال ۱۳۷۹ با اجرای طرح گسترش شبکه اورژانس کشور ، توسعه پایگاه ها و مرکز ارتباطات اورژانس شروع شد . در سال ۱۳۸۰ پایگاه بندر خمیر و پایگاه جاده ای قطب آباد فعالیت خود را آغاز نمودند . به طوریکه در سال ۱۳۸۴ استان هرمزگان دارای ۱۱ پایگاه شهری و ۷ پایگاه جاده ای بود که هر ساله بر تعداد پایگاهها طبق جدول ذیل افزوده گردید و همچنان در حال افزایش می باشد.

سال	تعداد پایگاههای شهری	تعداد پایگاههای جاده ای	کل پایگاههای استان هرمزگان	اورژانس هوایی	اورژانس دریایی
۱۳۸۴	۱۱	۷	۱۸	-	۱
۱۳۸۵	۱۱	۸	۱۹	۱	۱
۱۳۸۶	۱۲	۱۹	۳۱	۱	۲
۱۳۸۷	۱۳	۲۴	۳۷	-	۲
۱۳۸۸	۱۳	۲۶	۳۸	-	۲
۱۳۸۹	۱۴	۲۸	۴۲	-	۲
۱۳۹۰	۱۴	۲۹	۴۳	-	۲
۱۳۹۱	۱۴	۲۹	۴۳	-	۲
۱۳۹۲	۱۵	۳۱	۴۶	-	۲
۱۳۹۳	۱۷	۳۵	۵۲	-	۲
۱۳۹۴	۱۸	۳۸	۵۶	۱	۲
۱۳۹۵	۱۹	۳۸	۵۷	۱	۲

در اواخر سال ۱۳۸۷ پایگاه اورژانس بانوان با ۴ نفر کارشناس پرستاری خانم در محل مرکز فوریت های پزشکی راه اندازی شد. که تا اواخر سال ۱۳۹۰ نیز فعالیت داشت و پس از آن نیروهای این واحد با قسمت ارتباطات ادغام گردیدند. اولین اتوبوس آمبولانس نیز در اسفند ماه سال ۱۳۹۰ به ناوگان اورژانس پیش بیمارستانی استان هرمزگان اضافه شد.

اورژانس پیش بیمارستانی با دارا بودن ۱۷ پایگاه شهری و ۳۸ پایگاه جاده ای و ۸ مرکز پیام با ۳۹۴ نفر نیروی انسانی و با در اختیار داشتن ۵۶ آمبولانس فعال و ۱ دستگاه اتوبوس آمبولانس و ۲ دستگاه موتورلانس و ۲ فروند شناور در محور قشم و هرمز به بندرعباس و یک فروند بالگرد اورژانس هوایی ارتباط بیسیم در سطح استان از طریق تلفن نام آشنای ۱۱۵ در تمام طول سال به صورت شبانه روزی در حال فعالیت می باشد .

## امداد دریایی

در سال ۱۳۸۰ شناور اتوبوس دریایی در محور قشم - بندر عباس جهت جابجایی بیماران خریداری گردید. تا اینکه در سال ۱۳۸۶ شناور " حامی " جایگزین اتوبوس دریایی فوق شد (شناور حامی در سال ۱۳۹۲ به سلامت ۲ تغییر نام داد) در حال حاضر شناور سلامت ۲ در مسیر جزیره قشم- بندرعباس در حال فعالیت می باشد. در سال ۱۳۸۶ شناور اتوبوس دریایی در مسیر هرمز - بندر عباس راه اندازی گردید، که تا سال ۱۳۹۰ مشغول به فعالیت بود و پس از آن در سال ۱۳۹۱ شناور سلامت ۱ با کاربری آمبولانس دریایی جهت جابجایی بیماران آغاز به کار نمود.

## امداد هوایی

در سال ۱۳۸۵ امداد هوایی اورژانس هرمزگان، پس از عقد قرارداد با ناجا راه اندازی شد، که همراه هر پرواز به جز خلبان و گروه پروازی - که از ارگان های نظامی بودند- یک نفر کارشناس فوریت های پزشکی نیز اعزام می گردید. بعد از آن در سال ۱۳۸۶ به علت ظرفیت کم بالگرد (بل ۲۰۵)، قراردادی با پایگاه دوم هوایی سپاه سید الشهداء شیراز منعقد گردید. که این بالگرد (MI17) ظرفیت حمل ۱۲ نفر را داشت. تا سال ۱۳۸۸ امداد رسانی توسط اورژانس هوایی به تمام جزایر و شهرستان های استان صورت میگرفت و پس از آن به علت عدم تمدید قرارداد، امداد هوایی متوقف گردید، که از دی ماه سال ۱۳۹۴ با عقد قرارداد جدید با هوادریا سپاه پاسداران، نسبت به اجاره یک فروند بالگرد MI14 اقدام نموده و در حال حاضر این پایگاه فعال می باشد.

## ستاد هدایت عملیات بحران (EOC)

ستاد هدایت عملیات بحران در حوادث و سوانح غیر مترقبه در سال ۱۳۸۵ به منظور پیشگیری، مراقبت توان بخشی عوارض ناشی از سوانح غیر مترقبه قبل و حین و بعد از بروز سانحه شروع به کار نمود. مراحل چهار گانه مدیریت بحران امور بهداشت و درمان در حوادث غیر مترقبه شامل

الف- پیشگیری

ب- آمادگی

ج- مقابله

د- بازسازی می باشد.



## ستاد هدایت، اطلاع رسانی و رسیدگی به امور درمان

در سال ۱۳۸۶ به منظور بهبود ارائه خدمات درمانی در اعزام بیماران و حل مشکلات اورژانسی و ارتباط فوری با بالاترین سطوح مدیریتی بهداشت و درمان ستاد هدایت در محل اورژانس ۱۱۵ بندر عباس با ۴ پزشک به صورت شبانه روزی وزیر نظر معاونت درمان دانشگاه تشکیل گردید. تا اینکه در سال ۱۳۹۲ ستاد هدایت تحت عنوان (MCMC) medical care&monitoring center) به محل معاونت درمان دانشگاه منتقل و همچنان در حال فعالیت می باشد .

در حال حاضر مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی استان هرمزگان مشتمل بر واحد های اورژانس پیش بیمارستانی(۱۱۵) و ستاد هدایت عملیات بحران (EOC) در حال خدمت گذاری به همشهریان می باشد.