

KARTA PRACY ZESPOŁU TRANSPORTU MEDYCZNEGO

Oznaczenie podmiotu realizującego transport

NR ZLECENIA.....

Oznaczenie podmiotu zlecającego transport

DANE PACJENTA :

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL.....

DATA URODZENIA.....

STAN PACJENTA.....

KOD ICD10.....

TRANSPORT Z LEKARZEM TAK NIE

DODATKOWE WYPOSAŻENIE (JEŚLI WYMAGANE).....

Z ODDZIAŁU/SZPITALA.....

ODDZIAŁ/SZPITAL PRZYJMUJĄCY.....

DATA I GODZINA ROZPOCZĘCIA.....

DATA I GODZINA ZAKOŃCZENIA.....

DATA I GODZINA ODMOWY.....

DODATKOWE WYPOSAŻENIE TAK NIE

CZAS PRZYJĘCIA PACJENTA												CZAS PRZYBYCIA DO IZBY PRZYJĘĆ	
GODZINA.....	MINUTA.....											GODZINA.....	MINUTA.....
CZAS WYJAZDU												CZAS PRZEKAZANIA PACJENTA DO IP	
GODZINA.....	MINUTA.....											GODZINA.....	MINUTA.....
CZAS POWROTU DO BAZY												CZAS OPUSZCZENIA IP	
GODZINA.....	MINUTA.....											GODZINA.....	MINUTA.....
H													
220													
200													
C 180													
I 160													
Ś 140													
N 120													
I 100													
E 80													
T 60													
Ę 40													
N 20													
I 0													
C													
Z													
E													
HR													
GCS													
SaO ₂													

LEK	DAWKĄ	GODZINA	LEK	DAWKĄ	GODZINA
CZYNNOŚCI	GODZINA	UWAGI:			
ODSYSANIE					
WENTYLACJA WORK.					
INTURBACJA					
DEFIBRYLACJA					
STYMULACJA ZEW		SKŁAD ZESPOŁU REALIZUJĄCEGO TRANSPORT; (imię, nazwisko, tytuł zawodowy)			
KARDIOWERSJA		1.....			
RKO		2.....			
MONIT EKG		3.....			
LINIA ŻYŁAN OBW.		4.....			
LINIA ŻYŁNA CENTR.		POTWIERDZAM PRZYJĘCIE PACJENTA WRAZ Z DOKUMENTACJĄ OD ZESPOŁU TRANSPORTU MEDYCZNEGO			
SONDA ŻOŁĄDKOWA		DATA..... GODZINA.....			
CEWNIKOWANIE					
INNE					
OZNACZENIE CZŁONKA ZESPOŁU /pieczęć, podpis/		OZNACZENIE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ /pieczęć, podpis /			