

Pieczętka oddziału

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Imię i nazwisko:	Test Test
PESEL pacjenta:	
Rodzaj transportu:	Inne
Kurs realizowany w jedną czy dwie strony:	Kurs w jedną stronę
Data zlecenia:	2022-02-07 13:36
Transport z:	IZBA PRZYJĘĆ OGÓLNA
Docelowe miejsce i godzina do której należy dowieźć pacjenta:	ul.
Cel przewozu:	
W pozycji:	
Nazwisko osoby, z którą ustalano miejsce/konsultacji, badania, terminu przyjęcia itp.:	
Czy jest wymagana izolacja pacjenta:	NIE
Czy pacjent wymaga zachowania zasad reżimu sanitarnego:	NIE
Rozpoznanie ICD 10 / oraz dodatkowe zalecenia:	U07.1 COVID-19, wirus zidentyfikowany
Zabezpieczenie pacjenta w oddziale na transport (wklucie, leki, sprzęt ortopedyczny, posiłek, pieluchomajtki, ubranie, itp...):	
Stopień niepełnosprawności pacjenta dotyczy transportów ze Szpitala do domu):	
Osoba towarzysząca:	NIE

**Pacjenta na transport przygotowuje i zabezpiecza oddział.
 O rezygnacji z transportu należy niezwłocznie powiadomić dyspozytora.**

Pieczętka i podpis lekarza