*pieczątka oddziału kierującego do transportu*

 Data zgłoszenia…………………………………………..

 Data transportu………………………………………….

**ZLECENIE TRANSPORTU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Pacjent**…………………………………………………………. **PESEL**

 */imię i nazwisko/*

Oddział…………………………………………………….

Choroba podstawowa………………………………………………………………………………………………………………………….

Choroby towarzyszące…………………………………………………………………………………………………………………………

Stan nagły: TAK □ NIE □

Cechy zagrożenia życia lub zdrowia: TAK □ NIE □

Opis…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oddech………………………../min Wydolny: TAK □ NIE □

Tlen: TAK □ NIE □ Respirator: TAK □ NIE □

Inne formy zabezpieczenia dróg oddechowych………………………………………….………………………..

Ciśnienie………………/……………..mmHg Tętno………………………./min

Farmakoterapia w trakcie transportu……………………………………………………………………………………..

Zabiegi wymagane podczas transportu…………….……………………………………………………………………

UWAGI:

 ………………………………………………

*/lekarz kwalifikujący do transportu/*

Data……………………… godz.………………………

**KARTA PRZEBIEGU TRANSPORTU MEDYCZNEGO**

**Imię i nazwisko pacjenta** *pieczątka oddziału/szpitala docelowego miejsca transportu*

……………..……….………………………., lat………. -----------------------------------------------------------------

 Data i godzina przekazania pacjenta:

 …..…. / …..…../ ……..… godz.……… : ……..

**Parametry życiowe – obserwacja pacjenta:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Godzina Parametr |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| EKG/HR |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| RR |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| SpO2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**Medyczne czynności wykonywane podczas transportu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rurka ustno-gardłowa |   | Intubacja |   | Wentylacja workiem AMBU |   | Odsysanie |   |
| Defibrylacja |   | Tlenoterapia bierna…../min |   | Masaż serca |   | Dostęp dożylny |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |

**Leki zastosowane podczas transportu:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Opis stanu pacjenta w czasie transportu:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………

*Podpis i pieczątka ratownika medycznego*