

KARTA PRACY WYJAZDOWEGO ZESPOŁU SANITARNEGO TYPU "N"

Nazwa i adres Świadczeniodawcy		Pieczęć i podpis lekarza wyjazdowego zespołu sanitarnego typu "N"	
--------------------------------	--	--	--

Nazwisko dziecka:		Płeć* M K	Imię matki:	
Adres i telefon rodziców:			Pesel matki/dziecka*: _ _ _ _ _	
Masa urodzeniowa (g):	Tydz. ciąży:	Data ur. (d/m/r):		
Masa aktualna (g):	Apgar:	Godz. urodzenia (g/min):		

Miejsce wezwania (transport z)		Miejsce przewozu (transport do)	
Szpital:		Szpital:	
Oddział:		OIOM/OITN <input type="checkbox"/> Pat. Noworodka <input type="checkbox"/> Niemowlęcy <input type="checkbox"/>	
Rozpoznanie:		Kariologia <input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>	
		Nazwisko lekarza z którym uzgodniono miejsce (tel.):	
Nazwisko lekarza zamawiającego transport (tel.):		Nazwisko lekarza przyjmującego zgłoszenie/pacjenta:	
Data wezwania:	Godz.:	Data przewozu:	Na godz.:

Przebieg ciąży:	
Przebieg porodu:	
Aktualny stan noworodka:	

Stan zastany w oddziale wzywającym				
Oddech	Parametry wentylacyjne	Czynności wykonane przez oddział	Podane leki	Stan dziecka w oddziale
Własny <input type="checkbox"/>	FiO ₂ :	Wkl. dożylna obwodowa <input type="checkbox"/>	Vit. Kmg	Dobry <input type="checkbox"/>
CPAP <input type="checkbox"/>	f:	Kaniula pępkowa* Ż T	Glukoza%.....	Średni <input type="checkbox"/>
AMBU <input type="checkbox"/>	Ti:	Intubacja ø Mm <input type="checkbox"/>	8,4% NaHCO ₃ml	Ciężki <input type="checkbox"/>
Tlenoterapia <input type="checkbox"/>	PEEP:	Głębokość rurki	Antybiotykimg	Agonalny <input type="checkbox"/>
Respirator <input type="checkbox"/>	PIP:			Zgon <input type="checkbox"/>
Typ respiratora:			Katecholamina.....	Posiew z
Uwagi:			Inne:	Krew <input type="checkbox"/>
				Inne <input type="checkbox"/>

TRANSPORT (czynności wykonane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N")				
Oddech	Czynności	Leki	Badania	Stan dziecka
Własny <input type="checkbox"/>	Wkl. dożylna obw. <input type="checkbox"/>	Sedacja/analgezyja	Ciepłota ciała pr°C	Stabilny <input type="checkbox"/>
Tlenoterapia <input type="checkbox"/>	Kaniula pępkowa* Ż T		Częstość serca:	Poprawna <input type="checkbox"/>
CPAP <input type="checkbox"/>	Intubacja ø Mm <input type="checkbox"/>	Katecholaminy	Saturacja:	Pogorszenie <input type="checkbox"/>
IMV/SIMV <input type="checkbox"/>	Reanimacja <input type="checkbox"/>		Kolor skóry:	Zgon <input type="checkbox"/>
IF <input type="checkbox"/>	Inne:	Glukoza%ml/h	Poziom glukozy w surowicymg	Czy jest?
FIO ₂ <input type="checkbox"/>				Krew matki <input type="checkbox"/>
f <input type="checkbox"/>		Inne:	RR	Historia choroby <input type="checkbox"/>
Ti <input type="checkbox"/>	Uwagi:			Rentgenogramy <input type="checkbox"/>
PEEP <input type="checkbox"/>				Kontakt z matką <input type="checkbox"/>
PIP <input type="checkbox"/>				

Oddział docelowy	Godziny	godz./min.
Ciepłota ciała pr°C	Wyjazd z bazy	
Nazwisko lekarza przyjmującego:	Przyjazd do szpitala wzywającego	
Wyjazdowy zespół sanitarny typu "N" (skład zespołu: Imię i Nazwisko)	Wyjazd ze szpitala wzywającego	
Lekarz:	Przyjazd do szpitala docelowego	
Pielęgniarka/Położna:	Przyjazd do bazy lub następny wyjazd	
Kierowca:	Użycie sygnałów świetlnych i dźwiękowych: TAK/NIE*	Ilość km:.....

*) niepotrzebne skreślić