

Nazwa i adres podmiotu realizującego transport	nr zlecenia transportu	Data przyjęcia zlecenia (rrrr-mm-dd)	Godzina przyjęcia zlecenia (gg:mm)
--	------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

KARTA PRACY ZESPOŁU TRANSPORTU MEDYCZNEGO

I. Zlecenie transportu

1. Dane pacjenta

Nazwisko i imię:	Wiek pacjenta: lat: m-cy:	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
------------------	---	--

PESEL	<input type="text"/>	BRAK PESEL	<input type="text"/>
-------	----------------------	------------	----------------------

inny dokument	<input type="text"/>
---------------	----------------------

2. Rozpoznanie

Opis	KOD ICD 10
------	------------

3. Zlecający transport

Szpital (nazwa, adres):
Oddział:
Nazwisko lekarza zlecającego transport:
Tel. kontaktowy do lekarza zlecającego transport:

4. Miejsce transportu pacjenta:

Szpital (nazwa, adres):
Oddział:
Nazwisko lekarza, z którym uzgodniono transport:
Tel. kontaktowy do lekarza, z którym uzgodniono transport:

5. Szczegóły dotyczące zlecenia

Transport z lekarzem: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Dodatkowe wyposażenie: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
--	---

Dodatkowe wyposażenie (jeśli wymagane):

6. Cel transportu (właściwe zaznaczyć znakiem "X"):

Konieczność niezwłocznego wykonania zabiegu u innego świadczeniodawcy	<input type="checkbox"/>
Potrzeba zachowania ciągłości leczenia u innego świadczeniodawcy	<input type="checkbox"/>
Inne niż wymienione wyżej (jakie - opis)	<input type="checkbox"/>

II. Realizacja transportu**1. Skład zespołu realizującego transport*****- zawód**

1.	
2.	
3.	
4.	

* w przypadku realizacji transportu z lekarzem należy wpisać również dane lekarza

2. Transport (postępowanie z pacjentem podczas transportu)**Czynności (właściwe zaznaczyć znakiem "X")**

odsysanie		defibrylacja		linia żyl. obw.	
wentylacja workiem		stymulacja zewn.		linia żyl. cent.	
rukka UG		kardiowersja		cewnikowanie	
intubacja		masaż serca		sonda żołądkowa	
respirator		EKG		inne.....	
tlenoterapia bierna		monitorowanie		

Zastosowane leki, środki (nazwa, dawka, droga podania):**Zalecenia/uwagi zespołu:****3. Dane dotyczące czasu transportu**

Wyjazd z miejsca wyczekiwania	data (rrrr-mm-dd):	godz.(gg:mm):
Przyjazd do szpitala zlecającego transport	data (rrrr-mm-dd):	godz.(gg:mm):
Wyjazd ze szpitala zlecającego transport	data (rrrr-mm-dd):	godz.(gg:mm):
Przyjazd do szpitala docelowego	data (rrrr-mm-dd):	godz.(gg:mm):
Powrót do miejsca wyczekiwania	data (rrrr-mm-dd):	godz.(gg:mm):

Użycie sygnałów świetlnych i dźwiękowych:

☐

TAK

☐

NIE

III. Przekazanie pacjenta

Potwierdzenie przejęcia pacjenta wraz z dokumentacją od ZTM *

data (rrrr-mm-dd):

godz. (gg:mm):.....

.....

Podpis członka zespołu

.....

Oznaczenie i podpis osoby przyjmującej

* Zespół Transportu Medycznego