

## 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):	Data ur. (d/m/r):			
Masa aktualna (g):	Apgar:	Godz. urodzenia (g/min):		
<b>Miejsce wezwania (transport z)</b>		<b>Miejsce przewozu (transport do)</b>		
Szpital:		Szpital:		
Oddział:		OIOM/OITN <input type="checkbox"/> Pat. Noworodka <input type="checkbox"/> Niemowlęcy <input type="checkbox"/>		
Rozpoznanie:		Kardiologia <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.:	
Aktualny stan noworodka:				
<b>Stan zastany w oddziale wzywającym</b>				
Oddech	Parametry wentylacyjne	Czynności wykonane przez oddział	Podane leki	Stan dziecka w oddziale
Własny <input type="checkbox"/>	FiO <sub>2</sub> :	Wkl. dożylna obwodowa <input type="checkbox"/>	Vit. K .....mg	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 <sub>3</sub> .....ml	Ciężki <input type="checkbox"/>
Tlenoterapia <input type="checkbox"/>	PEEP:	Głębokość rurki	Antybiotyki .....mg	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"/>
<b>TRANSPORT (czynności wykonane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N")</b>				
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 surowicy .....mg	Czy jest?
FiO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/>				Krew matki <input type="checkbox"/>
f <input type="checkbox"/>		Inne:	RR	Historia choroby <input type="checkbox"/>
Ti <input type="checkbox"/>	Uwagi:			
PEEP <input type="checkbox"/>				
PIP <input type="checkbox"/>				
<b>Oddział docelowy</b>		<b>Godziny</b>	<b>godz./min.</b>	
Ciepłota ciała pr .....°C		Wyjazd z bazy		
Nazwisko lekarza przyjmującego:		Przyjazd do szpitala wzywającego		
<b>Wyjazdowy zespół sanitarny typu "N"</b> (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