

- WZÓR -

Załącznik nr 3

KARTA PRACY WYJAZDOWEGO ZESPOŁU SANITARNEGO TYPU "N"

Oznaczenie Świadczeniodawcy		Oznaczenie 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):	
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:		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:			
Stan zastany w oddziale wzywającym			
Oddech	Parametry wentylacyjne	Czynności wykonane przez oddział	Podane leki
Własny <input type="checkbox"/>	FiO ₂ :	Wkl. dożylnie obwodowe <input type="checkbox"/>	Vit. Kmg
CPAP <input type="checkbox"/>	f:	Kaniula pępkowa* Ż T	Glukoza%.....
AMBU <input type="checkbox"/>	Ti:	Intubacja ø Mm <input type="checkbox"/>	8,4% NaHCO ₃ml
Tlenoterapia <input type="checkbox"/>	PEEP:	Głębokość rurki	Antybiotykimg
Respirator <input type="checkbox"/>	PIP:		
Typ respiratora:			Katecholamina.....
Uwagi:			Inne:
			Inne <input type="checkbox"/>
TRANSPORT (czynności wykonane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N")			
Oddech	Czynności	Leki	Badania
Własny <input type="checkbox"/>	Wkl. dożylnie obw. <input type="checkbox"/>	Sedacja/analgezyja	Ciepłota ciała pr°C
Tlenoterapia <input type="checkbox"/>	Kaniula pępkowa* Ż T		Częstość serca:
CPAP <input type="checkbox"/>	Intubacja ø Mm <input type="checkbox"/>	Katecholaminy	Saturacja:
IMV/SIMV <input type="checkbox"/>	Reanimacja <input type="checkbox"/>		Kolor skóry:
IF <input type="checkbox"/>	Inne:	Glukoza%ml/h	Poziom glukozy w surowicymg
FiO ₂ <input type="checkbox"/>			Czy jest?
f <input type="checkbox"/>		Inne:	RR
Ti <input type="checkbox"/>	Uwagi:		
PEEP <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