

KARTA ZLECENIA WYJAZDU ZESPOŁU TRANSPORTU SANITARNEGO

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)		Miejsce wyczekiwania ZRM (adres):	
I - PRZYJĘCIE WEZWANIA			
Jednostka przyjmująca zgłoszenie:	Kod przyjmującego dyspozytora medycznego:	Nr zlecenia wyjazdu:	Data przyjęcia wezwania (rrrr-mm-dd):
			Czas przyjęcia wezwania (gg:mm):
Adres lub nazwa miejsca zdarzenia:			
Miejscowość:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
		Piętro:	Klatka:
Opis miejsca zdarzenia:			Współrzędne geograficzne:
Powód wezwania:			
Kod pilności*	Wywiad - opis		
Dane pacjenta:			
Nazwisko i imię:	Wiek pacjenta:	Określenie wieku:	Płeć:
	lat: m-cy: dni:	<input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> dorosły	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Dane wzywającego:			
Nazwisko i imię:	Sposób wezwania:	Powiadomiono:	Uwagi:
Określenie wzywającego:	<input type="checkbox"/> automat telefoniczny <input type="checkbox"/> radiotelefon <input type="checkbox"/> teleinformatycznie <input type="checkbox"/> telefonicznie nr telefonu wzywającego:	<input type="checkbox"/> Straż Poż. <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> insp. sanitarny <input type="checkbox"/> Inne.....	
<input type="checkbox"/> osoba fizyczna <input type="checkbox"/> Straż Pożarna <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> Straż Miejska <input type="checkbox"/> inne.....			
II - PODJĘCIE DECYZJI			
Decyzja dotycząca wyjazdu:	Identyfikator ZRM:	Identyfikator pojazdu:	Rodzaj wyjazdu:
<input type="checkbox"/> zadysponowanie własnego ZRM <input type="checkbox"/> zadysponowanie ZRM innego dysponenta <input type="checkbox"/> przekazanie innemu dyspozytorowi ZRM <input type="checkbox"/> odwołanie ZRM			<input type="checkbox"/> na sygnale <input type="checkbox"/> zwykły
			Typ zespołu: <input type="checkbox"/> specjalistyczny <input type="checkbox"/> podstawowy
			Data i czas przekazania zlecenia do ZRM:
Skład ZRM:	- zawód: Kierownik**	Zlecenie przekazano do:	Zlecenie odwołał:
		inny i nazwisko osoby odwołującej ZRM:	inny i nazwisko osoby odwołującej ZRM:
		czas: godz.....min.....	czas: godz.....min.....
		kod dysp.med.:.....	kod dysp.med.:.....
			Zlecenie przekazano przez: <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> tel. <input type="checkbox"/> inform.
			Kod dyspozytora medycznego zlecającego wyjazd ZRM:
III - REALIZACJA ZLECENIA			
Udzielono pomocy:	<input type="checkbox"/> w rejonie operacyjnym <input type="checkbox"/> poza rejonem operacyjnym	OŚWIADCZENIE PACJENTA	CZASY REALIZACJI ZLECENIA
<input type="checkbox"/> pacjent pozostał w miejscu zdarzenia <input type="checkbox"/> udzielono pomocy i przewieziono do:	<input type="checkbox"/> IP/SOR <input type="checkbox"/> centrum urazowe <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> jednostki wyspecjalizowanej szpitala	Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na: <input type="checkbox"/> udzielenie pomocy medycznej <input type="checkbox"/> przewiezienie do szpitala	Czas wyjazdu ZRM: godz.....min.....
<input type="checkbox"/> przekazano lotniczemu ZRM <input type="checkbox"/> brak pacjenta w miejscu zdarzenia <input type="checkbox"/> pacjent nie wyraża zgody na udzielenie pomocy		Oświadczam również, że udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie zdrowia oraz uzyskałem odpowiedź na zadawane przeze mnie pytania. data.....godz.....	Czas przybycia do miejsca zdarzenia: godz.....min.....
		podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	Czas przekazania pacjenta w IP/SOR / innym: godz.....min.....
			Czas powrotu do miejsca wyczek. / zak. zlec. godz.....min.....
IV - ZGON			
Zgon nastąpił przed przybyciem ZRM <input type="checkbox"/>	w trakcie med. czyn. rat. <input type="checkbox"/>	w trakcie transportu <input type="checkbox"/>	Czas stw. zgonu / odstąpienia***
			Podjęcie popeł. przest. Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
			Powiadomiono Policja <input type="checkbox"/> insp. sanit. <input type="checkbox"/> inne.....
			Wydano Kartę zgonu Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
V - PODSUMOWANIE			
Wydano Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych	Zabiegi dezynfekcyjne po zak. wyjazdu	Wyst. Kartę Zgłoszenia Choroby Zakaźnej	
pacjent <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> szpital <input type="checkbox"/> inne.....	Wykonano <input type="checkbox"/> Nie wykonano <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Procedury medyczne udzielone przez ZRM (ICD-9)		Oznaczenie kierownika ZRM	

* 1 - Niezbędny natychmiastowy wyjazd ZRM o najkrótszym czasie dotarcia na miejsce zdarzenia, 2 - Niezbędny wyjazd wolnego ZRM. ** Zaznaczyć kierownika ZRM.
*** Odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych - dotyczy zespołu bez lekarza.