

- 1. Wyjazdy zespołu ratownictwa medycznego
- 2. Pacjent przekazany do SOR/ZOZ
- 3. Pacjent pozostawiony w domu
- 4. Ilość wykonanych resuscytacji
- 5. Liczba zgonów

Uwagi:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Zdaje:
- 1. Karetka czysta; TAK, NIE, Wymaga dezynfekcji TAK, NIE
 - 2. Sprzęt sprawny; TAK, NIE, Zgłoszono do naprawy TAK, NIE
 - 3. Defibrylator testowany potwierdzony testem; TAK, NIE
 - 4. Butle z tlenem pełne; TAK, NIE Wymiana; TAK, NIE
 - 5. Leki do uzupełnienia; TAK, NIE
Nazwa
.....
 - 6. Materiał jednorazowy do uzupełnienia; TAK, NIE
Nazwa
.....

Uwagi:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Zdaje Dyżur Kierownik Zespołu: Odbiera Dyżur Kierownik Zespół