

WZÓR

KARTA ZLECENIA WYJAZDU ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

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:	
		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:	
		<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.....	
Określenie wzywającego:		Uwagi:			
<input type="checkbox"/> osobiście <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:	Typ zespołu:
<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	<input type="checkbox"/> specjalistyczny <input type="checkbox"/> podstawowy
Data i czas przekazania zlecenia do ZRM:					
Skład ZRM:		Zlecenie przekazano do:		Zlecenie odwołał:	
- zawód: Kierownik** <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		imię i nazwisko osoby odwołującej ZRM: czas: godz.....min..... kod dysp.med.:.....		imię i nazwisko osoby odwołującej ZRM: czas: godz.....min..... kod dysp.med.:.....	
Zlecenie przekazano przez:		Kod dyspozytora medycznego zlecającego wyjazd ZRM:			
<input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> tel. <input type="checkbox"/> inform.					
III - REALIZACJA ZLECENIA					
Udzielono pomocy: <input type="checkbox"/> w rejonie <input type="checkbox"/> poza rejonem operacyjnym <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 <input type="checkbox"/> przekazano lotniczemu ZRM <input type="checkbox"/> brak pacjenta w miejscu zdarzenia <input type="checkbox"/> pacjent nie wyraża zgody na udzielenie pomocy		OŚWIADCZENIE PACJENTA Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na: <input type="checkbox"/> udzielenie pomocy medycznej <input type="checkbox"/> przewiezienie do szpitala Oświadczam również, że udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania. data.....godz..... podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego		CZASY REALIZACJI ZLECENIA Czas wyjazdu ZRM: godz.....min..... Czas przybycia do miejsca zdarzenia: godz.....min..... Czas przekazania pacjenta w IP/SOR / innym: godz.....min..... Czas powrotu do miejsca wycieczek / 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*** :		Podejrzenie popoł. 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 pacjent <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> szpital <input type="checkbox"/> inne.....		Zabiegi dezynfekcyjne po zak. wyjazdu Wykonano <input type="checkbox"/> Nie wykonano <input type="checkbox"/>		Wyst. Kartę Zgłoszenia Choroby Zakaźnej 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.