

Nazwa i adres podmiotu realizującego transport	nr zlecenia transportu	Data przyjęcia zlecenia (rrrr-mm-dd)	Godzina przyjęcia zlecenia (gg:mm)
--	------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

### KARTA PRACY ZESPOŁU TRANSPORTU MEDYCZNEGO

#### I. Zlecenie transportu

##### 1. Dane pacjenta

Nazwisko i imię:	Wiek pacjenta: lat:            m-cy:	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
------------------	---	--

PESEL	<input type="text"/>	BRAK PESEL	<input type="text"/>
-------	----------------------	------------	----------------------

inny dokument	<input type="text"/>
---------------	----------------------

##### 2. Rozpoznanie

Opis	KOD ICD 10
------	------------

##### 3. Zlecający transport

Szpital (nazwa, adres):
Oddział:
Nazwisko lekarza zlecającego transport:
Tel. kontaktowy do lekarza zlecającego transport:

##### 4. Miejsce transportu pacjenta:

Szpital (nazwa, adres):
Oddział:
Nazwisko lekarza, z którym uzgodniono transport:
Tel. kontaktowy do lekarza, z którym uzgodniono transport:

##### 5. Szczegóły dotyczące zlecenia

Transport z lekarzem: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Dodatkowe wyposażenie: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
--	---

Dodatkowe wyposażenie (jeśli wymagane):

##### 6. Cel transportu (właściwe zaznaczyć znakiem "X"):

Konieczność niezwłocznego wykonania zabiegu u innego świadczeniodawcy	<input type="checkbox"/>
Potrzeba zachowania ciągłości leczenia u innego świadczeniodawcy	<input type="checkbox"/>
Inne niż wymienione wyżej (jakie - opis) .....	<input type="checkbox"/>
.....	

**II. Realizacja transportu****1. Skład zespołu realizującego transport\*****- zawód**

1.	
2.	
3.	
4.	

\* w przypadku realizacji transportu z lekarzem należy wpisać również dane lekarza

**2. Transport (postępowanie z pacjentem podczas transportu)****Czynności (właściwe zaznaczyć znakiem "X")**

odsysanie		defibrylacja		linia żył. obw.	
wentylacja workiem		stymulacja zewn.		linia żył. cent.	
rurka UG		kardiowersja		cewnikowanie	
intubacja		masaż serca		sonda żołądkowa	
respirator		EKG		inne.....	
tlenoterapia bierna		monitorowanie		.....	

**Zastosowane leki, środki (nazwa, dawka, droga podania):**

--

**Zalecenia/uwagi zespołu:**

--

**3. Dane dotyczące czasu transportu**

Wyjazd z miejsca wyczekiwania	data (rrrr-mm-dd):	godz.(gg:mm):
Przyjazd do szpitala zlecającego transport	data (rrrr-mm-dd):	godz.(gg:mm):
Wyjazd ze szpitala zlecającego transport	data (rrrr-mm-dd):	godz.(gg:mm):
Przyjazd do szpitala docelowego	data (rrrr-mm-dd):	godz.(gg:mm):
Powrót do miejsca wyczekiwania	data (rrrr-mm-dd):	godz.(gg:mm):

Użycie sygnałów świetlnych i dźwiękowych:  TAK  NIE**III. Przekazanie pacjenta**

Potwierdzenie przejęcia pacjenta wraz z dokumentacją od ZTM \*

data (rrrr-mm-dd): .....

godz. (gg:mm):.....

.....

Podpis członka zespołu

.....

Oznaczenie i podpis osoby przyjmującej

\* Zespół Transportu Medycznego