

## WZÓR

## KARTA ZLECENIA WYJAZDU ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)			Miejsce wyczekiwania ZRM (adres):		
<b>I - PRZYJĘCIE WEZWANIA</b>					
Jednostka przyjmująca zgłoszenie:	Kod przyjmującego dyspozytora medycznego:	Nr zlecenia wyjazdu:	Data przyjęcia wezwania (rrrr-mm-dd):	Czas przyjęcia wezwania (gg:mm):	
<b>Adres lub nazwa miejsca zdarzenia:</b>					
Miejscowość:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Piętro:	Klatka:
Opis miejsca zdarzenia:					Współrzędne geograficzne
<b>Powód wezwania:</b>					
Kod pilności* :	Wywiad - opis:				
<b>Dane pacjenta:</b>					
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	
<b>Dane wzywającego:</b>					
Nazwisko i imię:		Sposób wezwania:	Powiadomiono:	Uwagi:	
		<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:					
<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.....					
<b>II - PODJĘCIE DECYZJI</b>					
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: - zawód: Kierownik**		Zlecenie przekazano do:		Zlecenie odwołał: imię i nazwisko osoby odwołującej ZRM:	
..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/>		czas: godz.....min..... kod dysp.med.:.....		czas: godz.....min..... kod dysp.med.:.....	
		Zlecenie przekazano przez: <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> tel. <input type="checkbox"/> inform.		Kod dyspozytora medycznego zlecającego wyjazd ZRM:	
<b>III - REALIZACJA ZLECENIA</b>					
Udzielono pomocy: <input type="checkbox"/> w rejonie operacyjnym <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		<b>OŚWIADCZENIE PACJENTA</b> 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 .....		<b>CZASY REALIZACJI ZLECENIA</b> 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 wyczek. / zak. zlec.: godz.....min.....	
<b>IV - ZGON</b>					
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*** : : : :	Podejrzanie 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"/>
<b>V - PODSUMOWANIE</b>					
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 (ICD9)				Podpis i pieczęć kierownika ZRM	

\* 1 - Alarmowy 2- Pilny 3-Inne

\*\* Zaznaczyć kierownika ZRM

\*\*\* Odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych - dotyczy zespołu bez lekarza.