Załącznik nr 3

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: lat: m-cy: dni:

Określenie wieku: ☐ dziecko ☐ dorosły

Płeć: ☐ M ☐ K

Dane wzywającego:

Nazwisko i imię:

Określenie wzywającego: ☐ osobiście ☐ Straż Pożarna ☐ Policja ☐ lekarz ☐ Straż Miejska ☐ inne.....

Sposób wezwania: ☐ automat telefoniczny ☐ radiotelefon ☐ teleinformatycznie ☐ telefonicznie nr telefonu wzywającego: .....

Powiadomiono: ☐ Straż Poż. ☐ Policja ☐ insp. sanitarny ☐ inne.....

Uwagi:

II - PODJĘCIE DECYZJI

Decyzja dotycząca wyjazdu: ☐ zadysponowanie własnego ZRM ☐ zadysponowanie ZRM innego dysponenta ☐ przekazanie innemu dyspozytorowi ZRM ☐ odwołanie ZRM

Identyfikator ZRM:

Identyfikator pojazdu:

Rodzaj wyjazdu: ☐ na sygnale ☐ zwykły

Typ zespołu: ☐ specjalistyczny ☐ podstawowy

Data i czas przekazania zlecenia do ZRM:

Skład ZRM: - zawód: Kierownik**
.....-..... ☐
.....-..... ☐
.....-..... ☐
.....-..... ☐

Zlecenie przekazano do:
.....
czas: godz.....min.....
kod dysp.med.:.....

Zlecenie odwołał: imię i nazwisko osoby odwołującej ZRM:
.....
czas: godz.....min.....
kod dysp.med.:.....

Zlecenie przekazano przez: ☐ radio ☐ tel. ☐ inform.

Kod dyspozytora medycznego zlecającego wyjazd ZRM:

III - REALIZACJA ZLECENIA

Udzielono pomocy: ☐ w rejonie operacyjnym ☐ poza rejonem operacyjnym
☐ pacjent pozostał w miejscu zdarzenia
☐ udzielono pomocy i przewieziono do:
.....
☐ IP/SOR ☐ centrum urazowe ☐ inne
☐ jednostki wyspecjalizowanej szpitala
☐ przekazano lotniczemu ZRM
☐ brak pacjenta w miejscu zdarzenia
☐ pacjent nie wyraża zgody na udzielenie pomocy

OŚWIADCZENIE PACJENTA
Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na:
☐ udzielenie pomocy medycznej
☐ 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 wyczek. / zak. zlec.:
godz.....min.....

IV - ZGON

Zgon nastąpił przed przybyciem ZRM ☐ w trakcie med. czyn. rat. ☐ w trakcie transportu ☐

Czas stw. zgonu / odstąpienia* ☐:☐

Podejrzenie popeł. przest. Tak ☐ Nie ☐

Powiadomiono Policja ☐ insp. sanit. ☐ inne.....

Wydano Kartę zgonu Tak ☐ Nie ☐

V - PODSUMOWANIE

Wydano Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych pacjent ☐ przedstawiciel ustawowy ☐ szpital ☐ inne:.....

Zabiegi dezynfekcyjne po zak. wyjazdu Wykonano ☐ Nie wykonano ☐

Wyst. Kartę Zgłoszenia Choroby Zakaźnej Tak ☐ Nie ☐

Procedury medyczne udzielone przez ZRM (ICD9)

Podpis i pieczątka kierownika ZRM

* 1 - Alarmowy 2- Pilny 3-Inne ** Zaznaczyć kierownika ZRM
*** Odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych - dotyczy zespołu bez lekarza.