

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Nr zgłoszenia: godz. <i>Data, godz. przybycia zespołu (po odbiorze pacjenta)</i>	Rodzaj wyjazdu: *właściwie zakreślić S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>		Transport w dniu: o godz.
	<input type="checkbox"/> Planowany	<input type="checkbox"/> CITO	
Nazwisko i imię członków zespołu transportu 1. 2. 3.			

Zlecający: Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o. o.,
ul. Piotra Skargi 10

Proszę o przewiezienie pacjenta:
nazwisko i imię (drukowane litery)

PESEL pacjenta	Pieczętka oddziału
----------------	--------------------

Rozpoznanie:

Miejsce przewozu pacjenta :

Miejscowość (adres)	Nazwa ulicy . nr (domu – lokalu)
---------------------	----------------------------------

Cel przewozu:

- Przekazanie do innego podmiotu leczniczego celem dalszego leczenia: *właściwie zakreślić
 - podmiot leczniczy o wyższym poziomie referencyjności
 - Zakład Opiekuńczo- Leczniczy ZOL/lub Zakład Pielęgnacyjno- Opiekuńczy ZPO
 - Zakład Opieki Paliatywnej
- Przewóz do innego podmiotu leczniczego celem: *właściwie zakreślić
 - konsultacji
 - badań diagnostycznych
- Dysfunkcja narządu ruchu pacjenta – uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu we własnym zakresie: *właściwie zakreślić
 - Dom/ miejsce zamieszkania pacjenta
 - Dom Pomocy Społecznej
- Transport materiału biologicznego: *właściwie zakreślić
 - Krew
 - Leki
 - Inny materiał

VERTE —

Informacje dotyczące pacjenta: *właściwie zakreślić Masa ciała (waga) kg

Pozycja <input type="checkbox"/> Siedząca <input type="checkbox"/> Leżąca	<input type="checkbox"/> Wydolny krążeniowo - oddechowo <input type="checkbox"/> Niewydolny krążeniowo <input type="checkbox"/> Niewydolny oddechowo	<input type="checkbox"/> Przytomny <input type="checkbox"/> Nieprzytomny
Oddech: <input type="checkbox"/> Własny <input type="checkbox"/> Zaintubowany <input type="checkbox"/> Tracheo	Komunikacja: <input type="checkbox"/> Prawidłowa <input type="checkbox"/> Utrudniona	<input type="checkbox"/> Opiekun ustawowy <small>uwaga w przypadku pacjentów nieświadomych lub z utrudnioną mową</small>

Dodatkowe wymagania:

<input type="checkbox"/> Krzeselko kardiologiczne	<input type="checkbox"/> Miękkie nosze	<input type="checkbox"/> Pacjent jest w stanie przejść do karetki
---	--	---

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia pacjenta :

Uwagi: Data, pieczętka i podpis lekarza zlecającego transport Data, pieczętka i podpis kierownika oddziału / Dyrektora ds. Medycznych
..... Nazwisko i imię osoby z którą uzgodniono np. miejsce, konsultacje, hudanie itd. Telefon kontaktowy:

Potwierdzenie odbioru pacjenta w podmiocie leczniczym:

..... Data, godzina Pieczętka podmiotu Pieczętka i czytelny podpis osoby przyjmującej pacjenta
------------------------	-----------------------------	---

Potwierdzenie pacjenta odwiezzonego do domu

..... Data, godzina Czytelny podpis pacjenta lub osoby przyjmującej pacjenta (członka rodziny)
------------------------	--

Potwierdzenie odbioru zlecenia wykonanego transportu przez pracownika Izby Przyjęć (niezwłocznie tj. nie później niż 72 godziny)

..... Data, godzina Pieczętka podmiotu PCMG Sp. z o.o. Pieczętka i czytelny podpis osoby przyjmującej zlecenie
------------------------	---	---