



RAPORT MEDYCZNY
(wymagane, aby raport był wypełniony przez
lekarza prowadzącego)

Imię i nazwisko			
Data urodzenia		Płeć	
Wzrost		Waga	

Diagnoza
(dokładny opis choroby lub wypadku, przebieg leczenia)

--

Rodzaj i data każdego zabiegu

--

DODATKOWE INFORMACJE KLINCZNE

WARUNKI KRAŻENIOWO ODDECHOWE:

	Oddycha samodzielnie <input type="checkbox"/>	Wentylowany mechanicznie <input type="checkbox"/>	Zaintubowany <input type="checkbox"/>	Tracheostomia <input type="checkbox"/>		
	IPPV <input type="checkbox"/>	SIMV <input type="checkbox"/>	BIPAP <input type="checkbox"/>	CPAP <input type="checkbox"/>		
	FiO ₂	VT	f	PEEP	PIP	
	Tlenoterapia w czasie transport?		<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
	Zalecany przepływ tlenu O ₂ / min					
	Pomiar saturacji krwi		<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE

STAN KARDIOLOGICZNY:				
	Tętno		Ciśnienie krwi	
	/min		mmHg	
	Czy pacjent jest stabilny?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Zawał serca		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Niewydolność serca	NYHA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	EKG		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Jeśli było to, jaki wynik?			
Monitorowanie EKG w czasie transportu?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Anemia	Najnowsze wynik hemoglobiny, w gramach			
STAN NEUROLOGICZNY:				
GCS	OCZY	KONTAKT SŁOWNY	REAKCJA RUCHOWA	
	1 – Nie otwiera oczu	1 – Bez reakcji	1 – Bez reakcji	
	2 – Reakcja na bodźce bólowe	2 – Dźwięki niezrozumiałe, pojękiwania	2 – Odruch wyprostowania	
	3 – Reakcja na polecenia	3 – Odpowiedź bez związku, krzyk	3 – Odruch zgięcia	
	4 – Spontanicznie	4 – Odpowiedź słutana, uwaga zachowana	4 – Reakcja ochronna na ból	
	-----	5 – Normlane reakcje, logiczne odpowiedzi	5 – Reakcja celowa, lokalizująca bodziec	
	-----	-----	6 – Odpowiednia do poleceń	
Epilepsja		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Pacjent może być pobudzony w czasie transportu?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Infekcje	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Temperatura:	Rodzaj infekcji:	
Lista leków:				
Mobilność pacjenta I zalecenia transportu:				
	Nosze	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	Materac próżniowy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	Pływające łóżko	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	WCHR – pacjent może chodzić po schodach	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	WCHS – pacjent nie może chodzić po schodach	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	WCHC – pacjent nie może chodzić w ogóle	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	Pacjent może poruszać się samodzielnie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

Assysta medyczna:			
Pacjent powinien być przewożony w eskorcie:			
<input type="checkbox"/> Lekarza	<input type="checkbox"/> Pielęgniarki	<input type="checkbox"/> Ratownika medycznego	
Inne informacje medyczne, problemy pielęgnacyjne:			
Prognozowana wykonalność transport (data):	Do wykonania <input type="checkbox"/>	Pacjent nie do transportu <input type="checkbox"/>	
Miejsce, do którego powinien zostać przewieziony pacjent:			
Szpital <input type="checkbox"/>	Oddział rehabilitacji <input type="checkbox"/>	Dom <input type="checkbox"/>	Inne miejsce <input type="checkbox"/>
Podpis lekarza			
Adres szpitala			
Numer telefonu / fax			
Adres e-mail			
Podpis lekarza		Data	
Wypełniony raport proszę przestać fax: +48 71 707 20 68 i/lub e-mail: biuro@specjal-trans.pl			
Specjal-Trans S.C. www.transport-medyczny.info www.specjal-trans.pl Kontakt w języku polskim i niemieckim +48 600 939 735 Kontakt w języku polskim i angielskim: +48 604 597 853			