

KARTA PRACY WYJAZDOWEGO ZESPOŁU SANITARNEGO TYPU "N"

Nazwa i adres Świadczeniodawcy		Pieczęć i podpis lekarza "N"		
Nazwisko dziecka:		Płeć* M K	Imię matki:	
Adres i telefon rodziców:		Pasek matki/dziecka*: _____		
Masa urodzeniowa (g):	Tydz. ciąży:	Data ur. (d/m/r):		
Masa aktualna (g):	Apgar:	Godz. urodzenia (g/min):		
Miejsce wezwania (transport z)		Miejsce przewozu (transport do)		
Szpital:		Szpital:		
Oddział:		OIOM/DITN <input type="checkbox"/> Pat. Noworodka <input type="checkbox"/> Niemowięcy <input type="checkbox"/>		
Rozpoznanie:		Kardiologia <input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>		
		Nazwisko lekarza z którym uzgodniono miejsce (tel.):		
Nazwisko lekarza zamawiającego transport (tel.):		Nazwisko lekarza przyjmującego zgłoszenie/pacjenta:		
Data wezwania: Godz.:		Data przewozu: Na godz.:		
Przebieg ciąży:				
Przebieg porodu:				
Aktualny stan noworodka:				
Stan zastany w oddziale wzywającym				
Oddech	Parametry wentylacyjne	Czynności wykonane przez oddział	Podane leki	Stan dziecka w oddziale
Własny <input type="checkbox"/>	FIO ₂ :	Wkl. dożylna obwodowa <input type="checkbox"/>	Vit. Kmg	Dobry <input type="checkbox"/>
CPAP <input type="checkbox"/>	f:	Kaniula pępkowa* Z T	Glukoza%.....	Średni <input type="checkbox"/>
AMBU <input type="checkbox"/>	Ti:	Intubacja ø Mm <input type="checkbox"/>	8,4% NaHCO ₃ml	Ciężki <input type="checkbox"/>
Tlenoterapia <input type="checkbox"/>	PEEP:	Głębokość nurki	Antybiotykimg	Agonalny <input type="checkbox"/>
Respirator <input type="checkbox"/>	PIP:			Zgon <input type="checkbox"/>
Typ respiratora:			Katecholamina.....	Posiew z <input type="checkbox"/>
Uwagi:			Inne:	Krew <input type="checkbox"/>
				Inne <input type="checkbox"/>
TRANSPORT (czynności wykonane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N")				
Oddech	Czynności	Leki	Badanie	Stan dziecka
Własny <input type="checkbox"/>	Wkl. dożylna obw. <input type="checkbox"/>	Sedacja/analgezyja	Ciepłota ciała pr°C	Stabilny <input type="checkbox"/>
Tlenoterapia <input type="checkbox"/>	Kaniula pępkowa* Z T		Częstość serca:	Poprawna <input type="checkbox"/>
CPAP <input type="checkbox"/>	Intubacja ø Mm <input type="checkbox"/>	Katecholaminy	Saturacja:	Pogorszenie <input type="checkbox"/>
IMV/SIMV <input type="checkbox"/>	Reanimacja <input type="checkbox"/>		Kolor skóry:	Zgon <input type="checkbox"/>
IF <input type="checkbox"/>	Inne:	Glukoza%ml/h	Poziom glukozy w surowicy	<i>Czy jest?</i>
FIO ₂ <input type="checkbox"/>		mg	Krew matki <input type="checkbox"/>
f <input type="checkbox"/>		Inne:	RR	Historia choroby <input type="checkbox"/>
Ti <input type="checkbox"/>	Uwagi:			Rentgenogramy <input type="checkbox"/>
PEEP <input type="checkbox"/>				Kontakt z matka <input type="checkbox"/>
PIP <input type="checkbox"/>				
Oddział docelowy		Godziny	godz./min.	
Ciepłota ciała pr°C		Wyjazd z bazy		
Nazwisko lekarza przyjmującego:		Przyjazd do szpitala wzywającego		
Wyjazdowy zespół sanitarny typu "N" (skład zespołu: Imię i Nazwisko)		Wyjazd ze szpitala wzywającego		
Lekarz:		Przyjazd do szpitala docelowego		
Pielęgniarka/Położna:		Przyjazd do bazy lub następny wyjazd		
Kierowca:		Użycie sygnałów świetlnych i dźwiękowych: TAK/NIE*		Ilość km:.....

*) niepotrzebne skreślić

Przekazano dziecko o godzinie

w stanie ogólnym: dobrym, średnim, ciężkim

oddechowo: stabilne, niestabilne

krążeniowo: stabilne, niestabilne

.....
podpis osoby przyjmującej dziecko