Pieczątka nagłówkowa

............................................, dnia: ..................................

**ZLECENIE NA TRANSPORT MEDYCZNY**

Zlecam przewiezienie pacjenta: .............................................................. lat: ................. PESEL........................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Ulica | Nr |
| ............................................. | ....................................... | .............................................. | ....................... |

**(Kod ICD10) Rozpoznanie**: ................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Przejazd | |
| Z..............................................................................  Do .................................................................... | Oddział..........................................................................  Oddział....................................................................... |
| W dniu..................................... o godzinie............... | w pozycji ................................................................... |

**Stan chorobowy ( właściwe zaznaczyć znakiem "X" )**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Niewydolność oddechowa wymagająca sztucznej wentylacji |  |
| 2. Niewydolność układu krążenia |  |
| 3. Stany wymagające interwencji chirurgicznej po zabiegach |  |
| 4. Inne, wymienić |  |

**Cel transportu ( właściwe zaznaczyć znakiem "X" )**

|  |  |
| --- | --- |
| Konieczność niezwłocznego wykonania zabiegu u innego świadczeniodawcy |  |
| Potrzeba zachowania ciągłości leczenia u innego świadczeniodawcy |  |
| Inne niż wymienione wyżej (jakie - opis)............................................................................................  ............................................................................................................................................................ |  |

**Stan pacjenta:**

**.............................................................................................................................................................**

**..............................................................................................................................................................**

**Podane leki:**

**.............................................................................................................................................................**

**..............................................................................................................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Transport z lekarzem** | | | | **Stan zagrożenia życia, na sygnale** | | | |
| **TAK** |  | **NIE** |  | **TAK** |  | **NIE** |  |
| Imię i nazwisko, telefon lekarza z którym uzgodniono transport  ..........................................................................  ..........................................................................  .......................................................................... | | | | Lekarz zlecający (pieczątka)  Telefon kontaktowy  ............................................................................  ............................................................................  ............................................................................ | | | |