Załącznik nr 3

WZÓR

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:	Sposób wezwania:	Powiadomiono:	Uwagi:
	☐ automat telefoniczny ☐ radiotelefon ☐ teleinformatycznie ☐ telefonicznie nr telefonu wzywającego:	☐ Straż Poż. ☐ Policja ☐ insp. sanitarny ☐ inne.....	

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

II - PODJĘCIE DECYZJI

Decyzja dotycząca wyjazdu:	Identyfikator ZRM:	Identyfikator pojazdu:	Rodzaj wyjazdu:	Typ zespołu:	Data i czas przekazania zlecenia do ZRM:
☐ zadysponowanie własnego ZRM ☐ zadysponowanie ZRM innego dysponenta ☐ przekazanie innemu dyspozytorowi ZRM ☐ odwołanie ZRM			☐ na sygnale ☐ zwykły	☐ specjalistyczny ☐ podstawowy	

Skład ZRM: - zawód: Kierownik**	Zlecenie przekazano do:	Zlecenie odwołał: imię i nazwisko osoby odwołującej ZRM:	Zlecenie przekazano przez:
.....-..... ☐ .....-..... ☐ .....-..... ☐ .....-..... ☐	..... czas: godz.....min..... kod dysp.med.:.....	..... czas: godz.....min..... kod dysp.med.:.....	☐ 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	Czas stw. zgonu / odstąpienia***	Podejrzenie popeł. przest.	Powiadomiono	Wydano Kartę zgonu
przed przybyciem ZRM ☐ w trakcie med. czyn. rat. ☐ w trakcie transportu ☐	:	Tak ☐ Nie ☐	Policja ☐ insp. sanit. ☐ inne.....	Tak ☐ Nie ☐

V - PODSUMOWANIE

Wydano Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych	Zabiegi dezynfekcyjne po zak. wyjazdu	Wyst. Kartę Zgłoszenia Choroby Zakaźnej
pacjent ☐ przedstawiciel ustawowy ☐ szpital ☐ inne:.....	Wykonano ☐ Nie wykonano ☐	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.