



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	Wentylowany mechanicznie	Zaintubowany	Tracheostomia	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	IPPV	SIMV	BIPAP	CPAP	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	
			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 przesać 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			
<p>Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez spółkę Specjal-Trans S.C. Mazurek Jerzy, Mazurek Aleksandra z siedzibą w Janików, Stefana Batorego 8a, 55-200 Oława w celu realizacji powyższej umowy na świadczenia opieki w zakresie transportu sanitarnego karetką. Podanie danych jest dobrowolne. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Odbiorcami danych mogą być pracownicy spółki Specjal-Trans S.C. Mazurek Jerzy, Mazurek Aleksandra. Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane tylko w czasie trwania przygotowania do wykonania usługi oraz w czasie wykonania usługi. Po wykonaniu usługi przetwarzanie danych ustaje a dane zostają usunięte. Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Administratorem Ochrony Danych pod adresem Specjal-Trans S.C. Mazurek Jerzy, Mazurek Aleksandra. z siedzibą w Janików, Stefana Batorego 8a, 55-200 Oława</p>			