

**KARTA PRACY WYJAZDOWEGO ZESPOŁU SANITARNEGO TYPU "N"**

Nazwa i adres Świadczeniodawcy		Pieczęć i podpis lekarza wyjazdowego zespołu sanitarnego typu "N"	
Nazwisko dziecka:		Płeć* M K	Imię matki:
Adres i telefon rodziców:		Pesel matki/dziecka*: _ _ _ _ _	
Masa urodzeniowa (g):	Tydz. ciąży:	Data ur. (d/m/r):	
Masa aktualna (g):	Apgar:	Godz. urodzenia (g/min):	
<b>Miejsce wezwania (transport z)</b>		<b>Miejsce przewozu (transport do)</b>	
Szpital:		Szpital:	
Oddział:		OIOM/OITN <input type="checkbox"/> Pat. Noworodka <input type="checkbox"/> Niemowlęcy <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:			
<b>Stan zastany w oddziale wzywającym</b>			
Oddech	Paramenty wentylacyjne	Czynności wykonane przez oddział	Podane leki
Własny <input type="checkbox"/>	FiO <sub>2</sub> :	Wkl. dożylnie obwodowe <input type="checkbox"/>	Vit. K .....mg
CPAP <input type="checkbox"/>	f:	Kaniula pępkowa* Ż T	Glukoza .....%.....
AMBU <input type="checkbox"/>	Ti:	Intubacja ø ..... Mm <input type="checkbox"/>	8,4% NaHCO <sub>3</sub> .....ml
Tlenoterapia <input type="checkbox"/>	PEEP:	Głębokość rurki	Antybiotyki .....mg
Respirator <input type="checkbox"/>	PIP:		Zgon <input type="checkbox"/>
Typ respiratora:		Katecholamina.....	Posiew z
Uwagi:		Inne:	Krew <input type="checkbox"/>
			Inne <input type="checkbox"/>
<b>TRANSPORT (czynności wykonane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N")</b>			
Oddech	Czynności	Leki	Badania
Własny <input type="checkbox"/>	Wkl. dożylnie obw. <input type="checkbox"/>	Sedacja/analgezyja	Ciężota ciała pr .....°C
Tlenoterapia <input type="checkbox"/>	Kaniula pępkowa* Ż T		Częstość serca:
CPAP <input type="checkbox"/>	Intubacja ø .... Mm <input type="checkbox"/>	Katecholaminy	Saturacja:
IMV/SIMV <input type="checkbox"/>	Reanimacja <input type="checkbox"/>		Kolor skóry:
IF <input type="checkbox"/>	Inne:	Glukoza .....% .....ml/h	Poziom glukozy w surowicy
FiO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/>			.....mg
f <input type="checkbox"/>		Inne:	RR
Ti <input type="checkbox"/>	Uwagi:	Rentgenogramy <input type="checkbox"/>	
PEEP <input type="checkbox"/>		Kontakt z matką <input type="checkbox"/>	
PIP <input type="checkbox"/>			
<b>Oddział docelowy</b>		<b>Godziny</b>	<b>godz./min.</b>
Ciężota ciała pr .....°C		Wyjazd z bazy	
Nazwisko lekarza przyjmującego:		Przyjazd do szpitala wzywającego	
<b>Wyjazdowy zespół sanitarny typu "N"</b> (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