

Угловой штамп или реквизиты организации

Медицинская эвакуационная форма

Отдающая сторона		Принимающая сторона	
Название _____ Город _____ Улица _____ Дом _____, корпус _____ этаж _____ Отделение _____ комната _____ ФИО врача _____ Контактный телефон _____		Название _____ Город _____ Улица _____ Дом _____, корпус _____ этаж _____ Отделение _____ комната _____ ФИО врача _____ Контактный телефон _____	
Данные пациента (Patient`s name)		Показания к транспортировке:	
Диагноз (Discharge diagnosis)		Для выполнения жизнеспасующих мероприятий	<input type="checkbox"/>
		Оказание высокотехнологичной помощи	<input type="checkbox"/>
		Лечение в специализированном отделении	<input type="checkbox"/>
		Проведение обследования и обратно	<input type="checkbox"/>
		Лечение по месту жительства	<input type="checkbox"/>
		Желание пациента и родственников	<input type="checkbox"/>
Дата поступления « » 20 г.		Дата планируемой транспортировки « » 20 г.	

Параметры состояния пациента:

На фоне:

Сознание ШКГ : глаза ; движения ; речь .	
Психомоторное возбуждение нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>	Седация нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> -чем
Судорожная активность нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> как часто	Антиконвульсанты нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> -чем
Болевой синдром нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> выраженность	Обезболивание нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> -чем
АД ЧСС РИТМ (синусовый/МА/АВ блокада)	Прессоры/инотропы/гипотензивные/антиаритмики, ЭКС-чем
ЧДД SpO2 EtCO2 pO2 pCO2	ИВЛ нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> : FiO2 PEEP PInsp Vet MV
Пневмоторакс нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> (дренирован)	Экстракорпоральные методы
Диурез: сохранен/олиго/анурия) Диуретики	Иммобилизация нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>
Повреждения костей: нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>	
Лабораторные данные	

Параметры для транспортировки

Вид транспорта			
Самолётом рейсовым	<input type="checkbox"/>	Самолётом медицинским	<input type="checkbox"/>
Вертолётом	<input type="checkbox"/>	Водным транспортом	<input type="checkbox"/>
Санитарным автомобилем класса В	<input type="checkbox"/>	Санитарным автомобилем класса С	<input type="checkbox"/>
Лёжа	<input type="checkbox"/>	Сидя	<input type="checkbox"/>

Сопровождение

Врач-реаниматолог	<input type="checkbox"/>	Врач-специалист (указать профиль)	<input type="checkbox"/>
Медсестра/фельдшер	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Без сопровождения	<input type="checkbox"/>	Родственники (немедицинский персонал)	<input type="checkbox"/>

Необходимые для транспортировки лекарственные препараты и медицинские изделия

Монитор: пульсоксиметр <input type="checkbox"/> капнограф <input type="checkbox"/>	НИАД <input type="checkbox"/> ИАД <input type="checkbox"/> ЭКГ <input type="checkbox"/> Термометр <input type="checkbox"/>
Дефибриллятор <input type="checkbox"/> Электрокардиостимулятор <input type="checkbox"/>	Кювез <input type="checkbox"/> Аспиратор <input type="checkbox"/> Мешок типа «АМБУ» <input type="checkbox"/>
Иммобилизация: шейный воротник <input type="checkbox"/> куумный матрац <input type="checkbox"/> спиналь <input type="checkbox"/> щит <input type="checkbox"/>	Шины: для предплечья <input type="checkbox"/> плеча <input type="checkbox"/> бедра го <input type="checkbox"/> и <input type="checkbox"/>
Аппарат ИВЛ с возможностью создания параметров:	FiO2 PEEP PInsp Vet MV Fapp.
Размер эндотрахеальной трубки	Набор для катетеризации ЦВ
Прочее:	
Лекарственные препараты (название и дозы)	

Врач _____ Дата _____

Телефон _____ Подпись _____