|  |
| --- |
| **Opis zmiany stanu zdrowia pacjenta podczas transportu** |
| **I. DANE DOTYCZACE TRANSPORTU( numer zlecenia dyspozytora, dzień, godzina*)*** |
|  |
| ***………………………………………………………………………………………………..***  ***imię i nazwisko osoby dokonującej transportu*** |
| **II. OPIS ZMIANY STANU ZDROWIA PACJENTA PRZEWOŻONEGO PODCZAS TRANSPORTU** |
| □ zatrzymanie krążenia  □ duszność  □ wymioty  □ drgawki  □ zaburzenia świadomości  □ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..    ***………………………………………………………………………………………………..***  ***imię i nazwisko ratownika/ratownika medycznego*** |
| **III. OPIS PODJĘTYCH CZYNNOŚCI PODCZAS TRANSPORTU** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ***………………………………………………………………………………………………..***  ***imię i nazwisko ratownika/ratownika medycznego*** |