

Karta Transportu Sanitarnego

Data	Miejscowość	Numer zlecenia		
Imie Nazwisko				
Pesel				
wiek				
Rozpoznanie				ICD 10
Transport z		Rodzaj Transportu		
		Karetka S		
do		Karetka P		
		Karetka T		
Transport w	Wyjazd	Godzina	gg	mm
pozycji leżącej	Na sygnale	Przybycia		
siedzącej	Pilny	Wyjazd		
Skład Zespołu		Na miejscu		
Lekarz		Przekazanie		
Ratownik		Zakończenia zlecenia		
Ratownik				
Kierowca				
Czynności i obserwacje podczas transportu		Parametry	I	II
		SPO2		
		BP		
		HR		
		RR		
Uwagi				
Potwierdzenie przyjęcia		Podpis kierownika zespołu		