

## ВАЗДУШНИ МЕДИЦИНСКИ ТРАНСПОРТ

### Медицинске информације о пацијенту

Установа која упућује пацијента:

Датум и вријеме:

Клиника/одјељење:

Име, презиме и потпис љекара који тражи ВМТ:

Име, презиме и потпис љекара који је попунио формулар:

Општи подаци о пацијенту:

Име и презиме пацијента: \_\_\_\_\_ Пол:  М  Ж

Година рођења: \_\_\_\_\_ ЈМБГ: \_\_\_\_\_ Број пасоша: \_\_\_\_\_

Подаци о здравственом стању пацијента:

Степен хитности: I II III (заокружити) Пацијент: а) лежи б) може да сједи (заокружити)

Дијагноза: \_\_\_\_\_

Витални параметри пацијента:

- Артер. Притисак (сistolни \_\_\_\_\_ дијастолни \_\_\_\_\_ средњи \_\_\_\_\_)
- ЕКГ \_\_\_\_\_ ГЦС \_\_\_\_\_
- ДИСАЊЕ: а) спонтано б) МВ ц) мод. %SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ EtCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_
- Обезбјеђење дисајног пута: \_\_\_\_\_ СВИЈЕСТ: а) свијестан б) без свијести
- Диуреза \_\_\_\_\_
- Аструп \_\_\_\_\_

Ординирана терапија: \_\_\_\_\_

Оперативни захват: \_\_\_\_\_

Коморбидитет:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Напомена:** Читко попуњен образац послати на број факса: 051/343-292 (Клиника за анестезију и интензивно лијечење УКЦ РС).

Потом телефоном контактирати републичког координатора за ВМТ *mr sc. med. Николу Бојића* (број телефона: 065/531-135).

У случају спријечености републичког координатора, контактирати *dr Милорада Марана* (број телефона: 065/673-910). Избјегавати двостуку комуникацију.

У случају одобрења ВМТ припремити пацијента за транспорт.