KARTA PRZEKAZANIA PACJENTA DO INNEGO ODDZIAŁU/ PLACÓWKI

Pieczątka komórki organizacyjnej SPWZOZ

I. Dane ogólne

Data	Godzina	Minuty	Nazwisko Imię pacjenta

Nazwa oddziału/placówki	Wiek:	Płeć: K ☐ M ☐
		Rozpoznanie lekarskie:

Diagnoza pielęgniarska:

Wraz z pacjentem przekazano:

Protezę zębową ☐ Odzież wg Załączonego spisu ☐ Dokumenty pacjenta wg załączonego spisu ☐

Leki pacjenta wg załączonego spisu ☐ Historię choroby ☐ Proces pielęgnowania ☐

II. Pielęgniarska ocena stanu pacjenta w chwili przekazania

Stan świadomości:

- zachowana ☐
- zaburzona ☐
- brak ☐

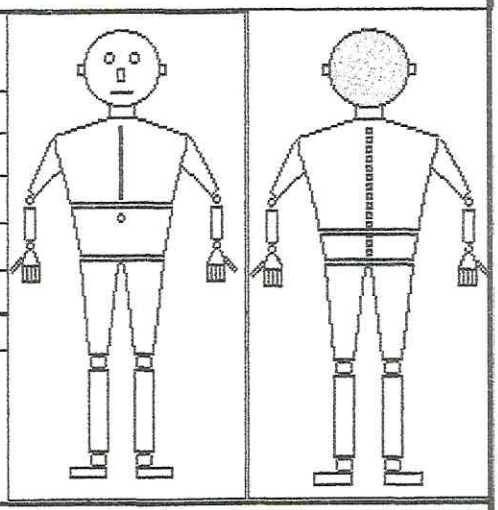
Kategoria opieki pielęgniarskiej: I ☐ II ☐ III ☐

Rodzina powiadomiona o przeniesieniu pacjenta

- Tak ☐
- Nie ☐

Oznaczyć okolicę ciała na której występują odleżyny i ich stopień oraz godzinę założenia opatrunku →

Stopień 1 - (1)	☐	godz.
Stopień 2 - (2)	☐	godz.
Stopień 3 - (3)	☐	godz.
Stopień 4 - (4)	☐	godz.
Stopień 5 - (5)	☐	godz.



Tętno:	Wartość ciśnienia tętniczego:	Oddech:	Tlen:
/min.		własny ☐	tak ☐
dobrze wypełnione ☐		wspomagany ☐	przepływ
nitkowate ☐		kontrolowany ☐	..... l/min.
tylko na tt. szyjnych lub udowych ☐		worek oddechowy ☐	nie ☐

Zabezpieczenie górnych dróg oddechowych:		Dostęp naczyniowy:			
bez zabezpieczenia	☐	dożylny	☐	Drenaże	☐ .....
rurka ustno-gardłowa	☐				
rurka nosowo-gardłowa	☐	dotętniczy	☐	Cewniki	☐ .....
maska krtaniowa	☐				
konikopunkcja	☐	droga obwodowa	☐	Opatrunki	☐ .....
tracheotomia	☐				
rurka dotchawicza	☐	droga centralna	☐		

III. Inne informacje:

.....	.....
data podpis osoby przyjmującej pacjenta	data podpis osoby przekazującej pacjenta