

# FORMULARZ KWALIFIKACJI DO OIT

II KLINIKA ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII UCK WUM



DATA I GODZINA WYPEŁNIENIA ZGŁOSZENIA

Formularz wypełnia ośrodek przekazujący pacjenta do UCK WUM

PESEL

IMIĘ

NAZWISKO

SZPITAL I ODDZIAŁ

LEKARZ PROWADZĄCY

KONTAKT DO LEKARZA PROWADZĄCEGO

IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA, Z KTÓRYM USTALONO PRZYJĘCIE DO UCK WUM:

KONTAKT DO RODZINY PACJENTA

(relacja z pacjentem, numer telefonu)

SKRÓCONA EPIKRYZA

(czas zachorowania, przebieg choroby, zastosowane leczenie)

CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE

STATUS MIKROBIOLOGICZNY

(Antybiotykoterapia- data rozpoczęcia, wyniki posiewów, empiryczna /celowana, patogeny alarmowe)

WIEK

WZROST

MASA CIAŁA

ALERGIE

DOSTĘPY NACZYNIOWE

(wkłucia obwodowe, centralne, dializacyjne, kaniule dotętnicze + daty założenia)

# Aktualna ocena pacjenta

ŻRENICZE:

GCS: OTWIERANIE OCZU

REAKCJA SŁOWNNA

ODPOWIEDŹ RUCHOWA

STOSOWANA SEDACJA

CZĘSTOŚĆ RYTMU SERCA

CIŚNIENIE TĘTNICZE

STOSOWANE AMINY KATECHOLOWE + DAWKI

CZAS STOSOWANIA WENTYLACJI INWAZYJNEJ

(dni)

METODA ZABEZPIECZENIA DRÓG ODDECHOWYCH

( rurka intubacyjna/tracheostomijna)

FIO<sub>2</sub>

PAO<sub>2</sub>

ETCO<sub>2</sub>

STOSOWANY RODZAJ WENTYLACJI

(tryb, TV, PEEP, plateau, ciśnienie wdechowe)

CZY UKŁAD WYDALNICZY JEST WYDOLNY?

BILANS PŁYNÓW

DIUREZA

(OSTATNIE 12H)

DIUREZA JEST STYMULOWANA?

CZY ZASTOSOWANO DIALIZOTERAPIĘ?

(jeśli tak to rodzaj)

CZY PACJENT JEST PO URAZIE WIELONARZĄDLWYM?

(jeśli tak to opis obrażeń i rodzaj zabezpieczenia obrażeń)

## Wyniki badań laboratoryjnych (do 12h przed zgłoszeniem)

ALT	ASP	AMONIAK	BILIRUBINA CAŁKOWITA	GLUKOZA
LDH	PCT	CRP	MOCZNIK	KREATYNINA
PAO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub>	PCO <sub>2</sub>	PH	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	MLECZANY
WBC	NEU	LYM	HGB	HCT
PLT	INR	FIBRYNOGEN		

**Proszę wpisać wynik razem z jednostką**

## Wyniki badań obrazowych (do 24h przed zgłoszeniem)

(Jeśli nie załączono w formie załącznika)

RODZAJ I DATA BADANIA

SKRÓCONY OPIS WYNIKU BADANIA

**W przypadku pacjenta z urazem wielonarządowym KONIECZNE wykonanie Trauma Scan oraz badanie obrazowe kości długich kończyn!**

ZAŁĄCZNIKI:

GRUPY KRWI

BADANIA RADIOLOGICZNE

BADANIA LABORATORYJNE

INNE ZAŁĄCZNIKI:

**DANE KONTAKTOWE:**

MAIL: OIT.CSK@UCKWUM.PL

OIT A TELEFON: 22 5992276

OIT C TELEFON: 22 5992325