Отделение скорой медицинской помощи

Медицинский документ: учетная форма №110/у
Утверждена Приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 2 декабря 2009г. № 942

КАРТА ВЫЗОВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Подстанция		Номер	
Бригада		Дата	
Номер ТС		Смена	

Вызов: ☐ Первичный; ☐ Повторный; ☐ «В пути»; ☐ «На себя другой бригадой»; ☐ «Актив 03»; Код по МКБ-10 _____

Состав бригады СМП: _____

Диспетчер по приему _____ **Диспетчер направления** _____ **Передан:** ☒ На руки ☐ По рации ☐ По телефону ☐ На планшет

Приема вызова	Передачи на подстанцию	Передачи бригаде	Выезда на вызов	Прибытия на вызов	Начала медицинской эвакуации	Прибытия в медицинскую организацию	Окончания выполнения вызова	Возвращения на подстанцию	Затрачено на выполнение

Причина выезда с опозданием: ☐ Отсутствие бригад, ☐ Отсутствие транспорта, ☐ Отсутствие врача, ☐ Отсутствие фельдшера, ☐ Отсутствие водителя

☒ Город / ☐ Село **Адрес вызова:** район _____ нас.пункт _____

Улица _____ дом _____ корп. _____ кв. (комн.) _____ подъезд _____ **ДОМОФОН** этаж _____

Повод к вызову | **Примечания, доп. ориентиры, тел. вызывающего**

Сведения о больном: ФИО _____ год родж. (возраст) _____ ☐ М / ☐ Ж

Полис ОМС: _____ **Страховая компания** _____

Социальный статус: ☐ Дошкольник, ☐ Учащийся, ☐ Работающий, ☐ Безработный, ☐ Инвалид, ☐ Военнослужащий, ☐ Пенсионер, ☐ БОМЖ, ☐ Осужденный, ☐ Беженец, ☐ Сотрудник МВД, ☐ Новорожденный, ☐ Неизвестно

Представитель пациента: **пол:** _____ **дата рождения:** **порядковый номер ребенка:** _____

Категория повода к вызову: ☐ Несчастный случай, ☐ Острое внезапное заболевание, ☐ Обострение хронического заболевания, ☐ Патология беременности, ☐ Роды, ☐ Медицинская эвакуация, ☐ Другое _____

Причина несчастного случая: ☐ Криминальная, ☐ Дорожно-транспортное происшествие, ☐ Травма ☐ Производственная, ☐ Бытовая, ☐ Спортивная, ☐ Сельскохозяйственная, ☐ Другое _____

Сведения из документа: ФИО _____ год родж. (возраст) _____ ☐ М / ☐ Ж

Адрес постоянной регистрации больного: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Место работы: _____

Житель по прописке: ☐ Житель города ☐ Житель района ☐ Житель сельской местности ☐ Житель другого региона РФ ☐ Гражданин государства _____

Диагноз: _____

Осложнение: _____ ***Код по МКБ-10*** _____

Место вызова: ☐ Улица, ☐ Квартира, ☐ Рабочее место, ☐ Общественное место, ☐ Медицинская организация _____

☐ Школа, ☐ Дошкольное учреждение, ☐ Федеральная автомобильная трасса, ☐ Частный дом, ☐ Другое _____

Признаки алкогольного опьянения: ☐ Да; ☐ Нет **Признаки наркотического опьянения:** ☐ Да; ☐ Нет

Эффект оказания медицинской помощи: **Больной:** ☐ Нуждается в активном выезде "03" через _____ часов;

☐ Улучшение, ☐ Без эффекта, ☐ Ухудшение ☐ Подлежит активному посещению врача ЛПУ _____ Передан _____

Выполненный выезд: ☐ Больной оставлен на месте; ☐ Без пострадавших; **Безрезультатный выезд:** ☐ Обслужен врачом поликлиники;

☐ Отказ от госпитализации; ☐ Передан специализированной бригаде _____; ☐ Больной не найден на месте; ☐ Отказ от осмотра; ☐ Адрес не найден;

Смерть: ☐ В присутствии бригады СМП; ☐ В машине СМП; ☐ До приезда бригады СМП ; ☐ Ложный вызов; ☐ Больной увезен до "03"; ☐ Обслужен бригадой ТЦМК;

☐ Выезд на констатацию Время констатации смерти _____ ☐ Практически здоров; ☐ Вызов отменен

Доставлен ☐ домой; ☐ доставлен в травм.пункт; ☐ По месту назначения; ОВД: _____ Сотрудник: _____

☐ в стационар _____, время: ___ - ___ принял: _____

Способ доставки больного в автомобиль СМП: ☐ На носилках; ☐ На каталке; ☐ На руках; ☐ Передвигался самостоятельно; ☐ Другое _____

В соответствии со ст.20 Федерального закона №323- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (осмотр)** с учетом риска возможных осложнений получено.		В соответствии со ст.20 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» **отказ от медицинского вмешательства или требование прекратить медицинское вмешательство.** Возможные последствия отказа в доступной для меня форме разъяснены.		**Отказ от медицинской эвакуации для госпитализации в стационар.** Возможные осложнения и последствия отказа в до ступной для меня форме разъяснены.	
Пациент (законный представитель)	ФИО больного (законного представителя) (подпись)	Пациент (законный представитель)	ФИО больного (законного представителя) (подпись)	Пациент (законный представитель)	ФИО больного (законного представителя) (подпись)
Медицинский работник	(подпись)	Медицинский работник	(подпись)	Медицинский работник	(подпись)

Врач		Фельдшер		Примечания:	Километраж
Фельдшер		Водитель			0

Старший врач смены		Результат экспертной оценки (ББ)	1 2	3 4	5 6	7 8	9
Заведующий подстанцией			Оформлен.	Диагноз	Тактика	Лечение	КК(%)
Зам.гл.врача по контролю качества							