|  |
| --- |
| **ЧЕК-ЛИСТ для перевода пациентов с травмой из других стационаров** |
|  |
| Ф.И.О. пациента: | Анамнез травмы: |  |
|  | Куда доставлен: |  |
| Дата рождения: | Дата поступления: |  |
|  | Время поступления: |  |
| Возраст: | Диагноз основной: |  |
|  |
| № медицинской карты стационарного больного: | Осложнение основного диагноза: |  |
| **№** | Сопутствующий диагноз: |  |
|  |
| АД, пульс при поступлении: | **мм. рт. ст.,****уд. в мин.** | Механизм травмы *(выбрать)*: | **ДТП/ Кататравма/ Другое** |
| АД, пульс на момент заполнения чек-листа: | **мм. рт. ст.,****уд. в мин.** | Осмотрен специалистами *(перечислить)*: |  |
| Уровень сознания *(выбрать)*: | **Ясное/ Оглушение/ Сопор/ Кома I/ Кома II/ Кома III** | Гемодинамика *(выбрать):* | **Стабильная/ Нестабильная** |
| Дыхание *(выбрать)*: | **Самостоятельное без О2/ Самостоятельное с О2 / ИВЛ** | Балл по шкале Назаренко: | **баллов** |
| Сатурация, %: | **%** | Балл по ШКГ: | **баллов** |
| Диурез за сутки, мл: | **мл** | Балл по шкале ISS: | **баллов** |
| Лабораторные анализы |
| Общий анализ крови: | Дата: | гемоглобин г/л | эритроциты ×1012/л | лейкоциты, ×109/л | э, % | п/я, % | с/я, % | л, % | м, % | мц, % | ю, % | пц % | б, % | тромбоциты ×109/л | СОЭ, мм/ч |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лактат крови: | Дата: | лактат, ммоль/л |  |
|  |  |
| Биохимия крови: | Дата: | глюкоза, ммоль/л | Общий белок, г/л | Альбумин, г/л | билирубин, мкмоль/л | мочевина, ммоль/л | креатинин, мкмоль/л | АЛТ,Ед/л | АСТ,Ед/л | амилаза, Ед/л | холестерин, ммоль/л | калий, ммоль/л | натрий, ммоль/л |
| прямой | непрямой |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Общий анализ мочи: | Дата: | цвет | прозрачность | удельный вес | PH | белок, г/л | сахар, г/л | эпителий плоск., в п/з | эритроциты, в п/з | лейкоциты, в п/з |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Результаты обследования |
| ЭКГ: |  |
| МСКТ: |  |
| Рентгенография: |  |
| УЗИ полостей: |  |
| УЗДГ вен нижних конечностей: |  |
| Другое: |  |
| Антикоагулянтная профилактика |
| Антикоагулянты (дата назначения, препарат, дозировка, кратность): |  |
| Операции |
| Дата, время, название операции: |  |
| СОГЛАСОВАНИЕ ПЕРЕВОДА с руководителем травматологических центров к.м.н. Кувиным М. С. |
| Маршрутизация *(выбрать):* | **ГБУЗ «ИОКБ» травматологическое отделение/ ГБУЗ «ИОКБ» отделение реанимации/****Другой травмацентр/ Другой стационар/ Перевод после подготовки (наложение АВФ и т. д.)** |
| Транспортировка *(выбрать)*: | **Автомобильным транспортом/ Железнодорожным транспортом/ Авиационным транспортом/ Санитарной авиацией** |
| Рекомендации: |  |
| Согласованная дата перевода: |  |
|  |
| Дата заполнения чек-листа: |  |
| Лечащий врач: |  |
| Подпись главного врача, Печать медицинской организации: |  |