

附录 危重症患者院际转运核查单

患者识别码: _____		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年龄: _____											
疾病诊断: _____		日期: _____		转运原因: _____											
项目	转运前					转运途中					接收时				
	P	R	BP	Spo <sub>2</sub>	T	P	R	BP	Spo <sub>2</sub>	T	P	R	BP	Spo <sub>2</sub>	T
生命体征	第1h时														
	第2h时														
	.....														
意识状态	<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 镇静 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 昏迷					<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 镇静 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 昏迷					<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 镇静 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 昏迷				
气道管理	气管插管: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 深度: _____cm 气管切开: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 氧疗方式: <input type="checkbox"/> 鼻导管 流量: _____ <input type="checkbox"/> 文丘里 流量: _____ <input type="checkbox"/> 储氧面罩 流量: _____ <input type="checkbox"/> 简易呼吸器 流量: _____ <input type="checkbox"/> 机械辅助通气 呼吸机参数: 模式: _____ Peep: _____ O <sub>2</sub> %: _____					气管插管: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 深度: _____cm 气管切开: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 氧疗方式: <input type="checkbox"/> 鼻导管 流量: _____ <input type="checkbox"/> 文丘里 流量: _____ <input type="checkbox"/> 储氧面罩 流量: _____ <input type="checkbox"/> 简易呼吸器 流量: _____ <input type="checkbox"/> 机械辅助通气 呼吸机参数: 模式: _____ Peep: _____ O <sub>2</sub> %: _____					气管插管: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 深度: _____cm 气管切开: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 氧疗方式: <input type="checkbox"/> 鼻导管 流量: _____ <input type="checkbox"/> 文丘里 流量: _____ <input type="checkbox"/> 储氧面罩 流量: _____ <input type="checkbox"/> 简易呼吸器 流量: _____ <input type="checkbox"/> 机械辅助通气 呼吸机参数: 模式: _____ Peep: _____ O <sub>2</sub> %: _____				
循环情况	静脉注射泵共计 _____台 血管活性药使用: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 药物名称: _____ 剂量: _____ 镇静药物使用: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 药物名称: _____ 剂量: _____					静脉注射泵共计 _____台 血管活性药使用: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 药物名称: _____ 剂量: _____ 镇静药物使用: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 药物名称: _____ 剂量: _____					静脉注射泵共计 _____台 血管活性药使用: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 药物名称: _____ 剂量: _____ 镇静药物使用: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 药物名称: _____ 剂量: _____				
静脉通道	共计 _____条 种类: <input type="checkbox"/> 中心静脉 位置: _____ 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> PICC 位置: _____ 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> 外周静脉 位置: _____ 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> 其他 位置: _____ 置管日期: _____ 穿刺点情况: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 渗出 <input type="checkbox"/> 红肿 <input type="checkbox"/> 其他 固定情况: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 脱出 通畅情况: <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 不物 <input type="checkbox"/> 夹闭 <input type="checkbox"/> 堵塞					共计 _____条 种类: <input type="checkbox"/> 中心静脉 位置: _____ 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> PICC 位置: _____ 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> 外周静脉 位置: _____ 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> 其他 位置: _____ 置管日期: _____ 穿刺点情况: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 渗出 <input type="checkbox"/> 红肿 <input type="checkbox"/> 其他 固定情况: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 脱出 通畅情况: <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 不物 <input type="checkbox"/> 夹闭 <input type="checkbox"/> 堵塞					共计 _____条 种类: <input type="checkbox"/> 中心静脉 位置: _____ 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> PICC 位置: _____ 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> 外周静脉 位置: _____ 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> 其他 位置: _____ 置管日期: _____ 穿刺点情况: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 渗出 <input type="checkbox"/> 红肿 <input type="checkbox"/> 其他 固定情况: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 脱出 通畅情况: <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 不物 <input type="checkbox"/> 夹闭 <input type="checkbox"/> 堵塞				
携带药品	使用中: <input type="checkbox"/> 镇静药 <input type="checkbox"/> 血管活性药 <input type="checkbox"/> 止血药 <input type="checkbox"/> 利尿剂 <input type="checkbox"/> 激素类 <input type="checkbox"/> 其他 备用: <input type="checkbox"/> 镇静药 <input type="checkbox"/> 血管活性药 <input type="checkbox"/> 止血药 <input type="checkbox"/> 利尿剂 <input type="checkbox"/> 激素类 <input type="checkbox"/> 其他					使用中: <input type="checkbox"/> 镇静药 <input type="checkbox"/> 血管活性药 <input type="checkbox"/> 止血药 <input type="checkbox"/> 利尿剂 <input type="checkbox"/> 激素类 <input type="checkbox"/> 其他 备用: <input type="checkbox"/> 镇静药 <input type="checkbox"/> 血管活性药 <input type="checkbox"/> 止血药 <input type="checkbox"/> 利尿剂 <input type="checkbox"/> 激素类 <input type="checkbox"/> 其他					使用中: <input type="checkbox"/> 镇静药 <input type="checkbox"/> 血管活性药 <input type="checkbox"/> 止血药 <input type="checkbox"/> 利尿剂 <input type="checkbox"/> 激素类 <input type="checkbox"/> 其他 备用: <input type="checkbox"/> 镇静药 <input type="checkbox"/> 血管活性药 <input type="checkbox"/> 止血药 <input type="checkbox"/> 利尿剂 <input type="checkbox"/> 激素类 <input type="checkbox"/> 其他				
引流管路	共计 _____条 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 夹闭 <input type="checkbox"/> 接袋 <input type="checkbox"/> 负压 深度: _____ 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 夹闭 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> 引流管 部位: _____ 通畅/夹闭: _____ <input type="checkbox"/> 造瘘管 部位: _____ 通畅/夹闭: _____ <input type="checkbox"/> 其他: 部位: _____ 通畅/夹闭: _____					共计 _____条 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 夹闭 <input type="checkbox"/> 接袋 <input type="checkbox"/> 负压 深度: _____ 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 夹闭 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> 引流管 部位: _____ 通畅/夹闭: _____ <input type="checkbox"/> 造瘘管 部位: _____ 通畅/夹闭: _____ <input type="checkbox"/> 其他: 部位: _____ 通畅/夹闭: _____					共计 _____条 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 夹闭 <input type="checkbox"/> 接袋 <input type="checkbox"/> 负压 深度: _____ 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 通畅 <input type="checkbox"/> 夹闭 置管日期: _____ <input type="checkbox"/> 引流管 部位: _____ 通畅/夹闭: _____ <input type="checkbox"/> 造瘘管 部位: _____ 通畅/夹闭: _____ <input type="checkbox"/> 其他: 部位: _____ 通畅/夹闭: _____				
皮肤情况	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 压疮 部位: _____ 面积: _____ 深度: _____ <input type="checkbox"/> 瘢痕 描述: _____ <input type="checkbox"/> 破损 描述: _____ <input type="checkbox"/> 其他 描述: _____					<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 压疮 部位: _____ 面积: _____ 深度: _____ <input type="checkbox"/> 瘢痕 描述: _____ <input type="checkbox"/> 破损 描述: _____ <input type="checkbox"/> 其他 描述: _____					<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 压疮 部位: _____ 面积: _____ 深度: _____ <input type="checkbox"/> 瘢痕 描述: _____ <input type="checkbox"/> 破损 描述: _____ <input type="checkbox"/> 其他 描述: _____				
肢体活动	身体活动: <input type="checkbox"/> 自如 <input type="checkbox"/> 受损 体位: <input type="checkbox"/> 自动 <input type="checkbox"/> 被动 <input type="checkbox"/> 强迫 是否约束: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 约束部位: <input type="checkbox"/> 仅上肢 <input type="checkbox"/> 仅下肢 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 躯干 <input type="checkbox"/> 四肢及躯干					身体活动: <input type="checkbox"/> 自如 <input type="checkbox"/> 受损 体位: <input type="checkbox"/> 自动 <input type="checkbox"/> 被动 <input type="checkbox"/> 强迫 是否约束: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 约束部位: <input type="checkbox"/> 仅上肢 <input type="checkbox"/> 仅下肢 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 躯干 <input type="checkbox"/> 四肢及躯干					身体活动: <input type="checkbox"/> 自如 <input type="checkbox"/> 受损 体位: <input type="checkbox"/> 自动 <input type="checkbox"/> 被动 <input type="checkbox"/> 强迫 是否约束: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 约束部位: <input type="checkbox"/> 仅上肢 <input type="checkbox"/> 仅下肢 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 躯干 <input type="checkbox"/> 四肢及躯干				
辅助用具	<input type="checkbox"/> 约束器具 <input type="checkbox"/> 石膏牵引 <input type="checkbox"/> 胸腹带 <input type="checkbox"/> 支具 <input type="checkbox"/> 夹板 <input type="checkbox"/> 其他					<input type="checkbox"/> 约束器具 <input type="checkbox"/> 石膏牵引 <input type="checkbox"/> 胸腹带 <input type="checkbox"/> 支具 <input type="checkbox"/> 夹板 <input type="checkbox"/> 其他					<input type="checkbox"/> 约束器具 <input type="checkbox"/> 石膏牵引 <input type="checkbox"/> 胸腹带 <input type="checkbox"/> 支具 <input type="checkbox"/> 夹板 <input type="checkbox"/> 其他				
转运分级	<input type="checkbox"/> 低风险 <input type="checkbox"/> 中风险 <input type="checkbox"/> 高风险 <input type="checkbox"/> 极高风险					<input type="checkbox"/> 低风险 <input type="checkbox"/> 中风险 <input type="checkbox"/> 高风险 <input type="checkbox"/> 极高风险					<input type="checkbox"/> 低风险 <input type="checkbox"/> 中风险 <input type="checkbox"/> 高风险 <input type="checkbox"/> 极高风险				
其他	设备需求: <input type="checkbox"/> 心电监护 <input type="checkbox"/> 氧气 (氧气筒数量: _____) <input type="checkbox"/> 注射泵 (数量: _____) <input type="checkbox"/> 呼吸机 <input type="checkbox"/> 简易呼吸器 <input type="checkbox"/> 约束带 (数量: _____)					陪同人员: <input type="checkbox"/> 家属 (____名) <input type="checkbox"/> 护士 (____名) <input type="checkbox"/> 医生 (____名) 转运途中病情变化: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 描述: _____ 转运途中治疗措施: <input type="checkbox"/> 心电监护 <input type="checkbox"/> 改变吸氧方式 <input type="checkbox"/> 病情变化时给药 <input type="checkbox"/> 除颤 <input type="checkbox"/> 身体约束 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 转运途中突发事件: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 描述: _____									
备注															
转出医院: _____ 转出科室: _____		急救车号: _____		接收医院: _____ 接收科室: _____											
转出时间: _____ 转出科室医生/护士签字: _____		急救车医生/护士签字: _____		接收时间: _____ 接收科室医生/护士签字: _____											