

ZARZĄDZENIE NR 23/2020

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku
z dnia 23 marca 2020 r.

Zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadzam od dnia 01 kwietnia 2020 r. „Wewnętrzną kartę zlecenia transportu sanitarnego” stanowiącą Załącznik nr 1 do przedmiotowego zarządzenia.

§ 2

1. Zobowiązuję pracowników transportu sanitarnego (ratownika medycznego-kierowcę) do prowadzenia wewnętrznej karty zlecenia transportu sanitarnego.
2. Wewnętrzna karta zlecenia transportu będzie prowadzona przy realizowaniu n/w transportów sanitarnych:

- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie stacjonarnym/po leczeniu stacjonarnym do domu,
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie dziennym,
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu), celem wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca i z powrotem,
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej,
- przewóz między szpitalami,
- przewóz ze szpitala do miejsca zamieszkania,
- przewóz materiału do badania laboratoryjnego.

3. Wypełnioną wewnętrzną kartę zlecenia transportu ratownik medyczny-kierowca zobowiązany jest dołączyć do zlecenia transportu sanitarnego.

§ 3

Osobą odpowiedzialną za nadzór nad prawidłowym prowadzeniem wewnętrznej karty zlecenia transportu sanitarnego jest pracownik Działu Logistyki odpowiedzialny za transport sanitarny.

§ 4

Nadzór nad wykonaniem zarządzenia powierza się Kierownikowi Działu Logistyki.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem

04.2020 r.

DYREKTOR SZPITALA

dr n. med. Cezary Ireneusz Nowosielski

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. J. ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU 15-950 Białystok, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26		WEWNĘTRZNA KARTA TRANSPORTU SANITARNEGO			
		NR ZLECENIA PRZEJAZDU			
1. PRZYJĘCIE WEZWANIA (WYPEŁNIA RATOWNIK MEDYCZNY)					
Data i godzina przyjęcia wezwania:	Data i godzina zamawianego transportu:	Data i godzina realizacji wezwania:	Opis podjęcia pacjenta (oddział, placówka):		
2. ADRES LUB MIEJSCE GDZIE TRZEBA PRZETRANSPORTOWAĆ PACJENTA (WYPEŁNIA RATOWNIK MEDYCZNY)					
Miejscowość:	Miejsce, Ulica:		Opis miejsca (oddział, placówka):		
3. DANE PACJENTA (WYPEŁNIA RATOWNIK MEDYCZNY):					
Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	PESEL:	Wiek:	Płeć	
				M	K
Adres:	Kod pocztowy:	Miejscowość:	Uwagi:		
4. DANE WZYWAJĄCEGO:					
IMIĘ I NAZWISKO:					
5. WYKONYWANIE CZYNNOŚCI / POSTĘPOWANIE ZESPOŁU					
CZAS PRZYJAZDU DO MIEJSCA WEZWANIA:		Ilość kilometrów:	Miejsce pozostawienia, przebywania pacjenta+ potwierdzenie (pieczęć oddziału, placówki, podpis pacjenta):		
Godzina:	Minut:				
GODZINA POWROTU DO STACJI:		Skład Zespołu:			
Godzina:	Minut:				
CAŁKOWITY CZAS TRANSPORTU			Rozliczający zlecenie:		
Godzina:	Minut:				