|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |