

## PERVEŽIMAS TARP ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ

1. Priežastis dėl kurios pacientui reikalingas pavėžėjimas:  
 Tolimesniam gydymui       Procedūrai, tyrimui
2. Iš kurios savivaldybės ir į kurią savivaldybę pacientas bus vežamas?  
.....
3. Registruojančio sveikatos priežiūros specialisto vardas ir pavardė:  
.....
4. Sveikatos priežiūros specialisto spaudo numeris:  
.....
5. Paciento asmens kodas:  
.....
6. Paciento vardas ir pavardė:  
.....
7. Registruojančio sveikatos priežiūros įstaigos specialisto kontaktinis telefono numeris:  
*(atsakingas asmuo, kuriam būtų pranešta apie pasikeitimus dėl pavėžėjimo)*  
.....
8. Skyriaus, kuriame pacientas stacionarizuojamas kontaktinis telefono numeris, dėl  
paciento būklės patikslinimo 2 val. iki vežimo:  
.....
9. Tikslus įstaigos iš kurios reikia paimti pacientą adresas, pavadinimas, paėmimo vieta:  
.....
10. Tikslus įstaigos į kurią pacientas vežamas adresas ir pavadinimas:  
.....
11. Tikslus paciento paėmimo laikas:  
.....
12. Ar pacientas gulimoje padėtyje?  
 Taip       Ne
13. Ar su priimančia sveikatos priežiūros įstaiga sutarta dėl paciento paėmimo *(kai  
pacientas gulimoje padėtyje)*:  
 Taip       Ne
14. Ar pacientui pavėžėjimo metu reikalingas medikamentų skyrimas, monitoravimas?  
 Taip       Ne  
Kokių medikamentų?.....
15. Ar pavėžėjimo metu pacientui reikalingas deguonis?  
 Taip       Ne
16. Kiek l/min reikės deguonies?  
 Mažiau nei 6 l/min       Daugiau nei 6 l/min
17. Paciento diagnozė pagal TLK (tarptautinis ligos kodas).  
.....
18. Ar yra pacientą lydintis asmuo  
 Taip       Ne  
Lydinčio asmens vardas pavardė, kontaktinis telefono numeris  
.....