

Nazwisko	Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach		Oddział	FM 73
Imię	Wydanie: 2	PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA PACJENTA PO ZABIEGU	Sala	
PESEL	Obowiązuje od: 25.03.2014			
Miejsce na naklejkę z danymi pacjenta				

RODZAJ ZNIECZULENIA	
Analgesedacji	<input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie
Ogólne	<input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie
OCENA STANU PACJENTA PRZED PRZEKAZANIEM	
W stanie ogólnym dobrym Uwagi:	<input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie
Wydolny krążeniowo Uwagi:	<input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie
Wydolny oddechowo Uwagi:	<input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie
PRZEKAZANIE PACJENTA	
Skąd	<input type="checkbox"/> Sali wybudzeń <input type="checkbox"/> Bloku Operacyjnego, <input type="checkbox"/> Sali nadzoru poznieczuleniowa, <input type="checkbox"/> Sali intensywnej terapii
Dokąd	<input type="checkbox"/> Sali wybudzeń <input type="checkbox"/> Sali nadzoru poznieczuleniowa, <input type="checkbox"/> Sali intensywnej terapii <input type="checkbox"/> Oddziału
Pozycja	<input type="checkbox"/> Siedząca <input type="checkbox"/> Leżąca na brzuchu <input type="checkbox"/> Leżąca na plecach

Data oraz godzina przekazania pacjenta.

Podpis i pieczęć przekazującego pacjenta	Podpis i pieczęć odbierającego pacjenta
--	---