

	NOMBRE REGISTRO DE TRASLADO DE AMBULANCIA		CÓDIGO 08-2-FT-001
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 007

FECHA ____/____/____

HORA: _____

TIPO DE TRASLADO:			
Sencillo Básico		Sencillo Medicalizado	
Redondo Básico		Redondo Medicalizado	

SITIO ORIGEN: _____

SITIO DESTINO: _____

NOMBRE CONDUCTOR: _____

NOMBRE AUXILIAR: _____

NOMBRE PACIENTE: _____ EDAD: _____ EPS: _____

DOCUMENTO: RC: ____ TI: ____ CC: ____ CE: ____ N° _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE ACUDIENTE: _____ PARENTESCO: _____

SIGNOS VITALES INICIALES: TA: ____/____ FC: ____ SAT: ____ FR: ____ GLASGOW: ____/15

EXÁMEN FISICO INICIAL

ORL: _____ CARDIO/PULMONAR: _____ SNC: _____

CUELLO: _____ ABD: _____

TÓRAX: _____ G/U: _____

MONITOREO IMPLEMENTADO: _____

CUIDADOS ESPECIALES: _____

DISPOSITIVOS: A continuación, señale los dispositivos que tiene el paciente y si tiene alguna novedad regístrela:

Catéter venoso central:	<input type="checkbox"/>	Observación: _____
Acceso venoso periférico:	<input type="checkbox"/>	Observación: _____
Línea arterial:	<input type="checkbox"/>	Observación: _____
Sonda nasogástrica/orogástrica:	<input type="checkbox"/>	Observación: _____
Sonda vesical:	<input type="checkbox"/>	Observación: _____
Dren:	<input type="checkbox"/>	Observación: _____
Tubo orotraqueal:	<input type="checkbox"/>	Observación: _____

EVOLUCIÓN DEL TRASLADO PRIMEROS 20 MIN:

TA:	/	FC	SAT (%)	FR:	GLASGOW	/15
-----	---	----	---------	-----	---------	-----

EVOLUCIÓN DEL TRASLADO PRIMEROS 40 MIN:

TA:	/	FC	SAT (%)	FR:	GLASGOW	/15
-----	---	----	---------	-----	---------	-----

EVOLUCIÓN DEL TRASLADO PRIMEROS 60 MIN:

TA:	/	FC	SAT (%)	FR:	GLASGOW	/15
-----	---	----	---------	-----	---------	-----

ESTADO DE LLEGADA:

TA:	/	FC	SAT (%)	FR:	GLASGOW	/15
-----	---	----	---------	-----	---------	-----

