



RAPORT Z DYŻURU ZRM – N..... KIEROWNIK ZRM

Dyżur w dniu / /20 roku w godzinach oddo

Nazwisko i imię -
*właściwie zaznaczyć

W czasie pełnionego dyżuru potwierdzam:		TAK	NIE
Pełną gotowość zespołu, stanu leków i powierzzonego sprzętu do udzielania świadczeń zdrowotnych,			
Zachowanie terminów ważności i stan środków odurzających i psychotropowych zgodny z „Zeszytem kontroli środków psychotropowych i odurzających”			
Posiadanie: 1 szt. radiostacji przenośnej, 1 szt. pagera, 1 szt. telefonu komórkowego, wyposażenia torby kierownika (słuchawki, aparat do mierzenia RR, termometr);			
Posiadanie kompletnego i sprawnego: stacjonarnego komputera wraz z drukarką, mobilnego sprzętu komputerowego (tablet + ładowarka, drukarka mobilna)			
Zapoznanie się z bieżącymi ogłoszeniami i zarządzeniami (dostępne w formie elektronicznej - folder INFORMACJE) wraz z zobowiązaniem się do ich stosowania.			
Zabezpieczenie dokumentacji medycznej i raportowej (KZW, KMCR, Karty zgonu, formularze o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, raport o niezgodności, raport z dyżuru ZRM) poprzez umieszczenie jej w zamkniętej kopercie.			
Przekazuję zmiennikowi liczbę ampułek łącznie (ambulans i kasetka): Morfina - Fentanyl - Relanium - Klonazepam - Midazolam -			
W trakcie dyżuru wystąpiły problemy dotyczące*: <input type="checkbox"/> Sprawności ambulansu <input type="checkbox"/> sprawności sprzętu medycznego <input type="checkbox"/> sprawności SWD PRM <input type="checkbox"/> sprawności łączności <input type="checkbox"/> infrastruktury socjalnej <input type="checkbox"/> współpracy na zewnątrz (np. SOR, IP)			
Kogo powiadomiono w przypadku braku możliwości samodzielnego rozwiązania problemu*: <input type="checkbox"/> Z-ca Dyrektora ds. lecznictwa <input type="checkbox"/> Przełożoną pielęgniarek <input type="checkbox"/> CDM <input type="checkbox"/> Informatyka			
Liczba resuscytacji -	Liczba zgonów/odstąpień od czynności resuscytacyjnych –	Raport o niezgodności * <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Sprawy do przekazania dla zmiennika/przełożonego (hasłowo):			
ZDAJĄCY DYŻUR		PRZYJMUJĄCY DYŻUR	
..... podpis i pieczęć kierownika zespołu	 podpis i pieczęć kierownika zespołu	

..... NIE ROZCINAĆ



RAPORT Z DYŻURU ZRM – N..... KIEROWNIK ZRM

Dyżur w dniu / /20 roku w godzinach oddo

Nazwisko i imię -
*właściwie zaznaczyć

W czasie pełnionego dyżuru potwierdzam:		TAK	NIE
Pełną gotowość zespołu, stanu leków i powierzzonego sprzętu do udzielania świadczeń zdrowotnych,			
Zachowanie terminów ważności i stan środków odurzających i psychotropowych zgodny z „Zeszytem kontroli środków psychotropowych i odurzających”			
Posiadanie: 1 szt. radiostacji przenośnej, 1 szt. pagera, 1 szt. telefonu komórkowego, wyposażenia torby kierownika (słuchawki, aparat do mierzenia RR, termometr);			
Posiadanie kompletnego i sprawnego: stacjonarnego komputera wraz z drukarką, mobilnego sprzętu komputerowego (tablet + ładowarka, drukarka mobilna)			
Zapoznanie się z bieżącymi ogłoszeniami i zarządzeniami (dostępne w formie elektronicznej - folder INFORMACJE) wraz z zobowiązaniem się do ich stosowania.			
Zabezpieczenie dokumentacji medycznej i raportowej (KZW, KMCR, Karty zgonu, formularze o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, raport o niezgodności, raport z dyżuru ZRM) poprzez umieszczenie jej w zamkniętej kopercie.			
Przekazuję zmiennikowi liczbę ampułek łącznie (ambulans i kasetka): Morfina - Fentanyl - Relanium - Klonazepam - Midazolam -			
W trakcie dyżuru wystąpiły problemy dotyczące*: <input type="checkbox"/> sprawności ambulansu <input type="checkbox"/> sprawności sprzętu medycznego <input type="checkbox"/> sprawności SWD PRM <input type="checkbox"/> sprawności łączności <input type="checkbox"/> infrastruktury socjalnej <input type="checkbox"/> współpracy na zewnątrz (np. SOR, IP)			
Kogo powiadomiono w przypadku braku możliwości samodzielnego rozwiązania problemu*: <input type="checkbox"/> Z-ca Dyrektora ds. lecznictwa <input type="checkbox"/> Przełożoną pielęgniarek <input type="checkbox"/> CDM <input type="checkbox"/> Informatyka			
Liczba resuscytacji -	Liczba zgonów/odstąpień od czynności resuscytacyjnych –	Raport o niezgodności * <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Sprawy do przekazania dla zmiennika/ przełożonego (hasłowo):			
ZDAJĄCY DYŻUR		PRZYJMUJĄCY DYŻUR	
..... podpis i pieczęć kierownika zespołu	 podpis i pieczęć kierownika zespołu	