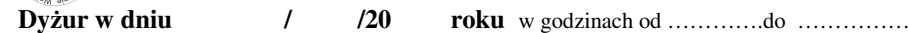


Nazwisko i imię .....  
\*właściwe zaznaczyć

W czasie pełnionego dyżuru potwierdzam:		TAK	NIE
Pełną gotowość pojazdu do udzielania świadczeń zdrowotnych.			
Wykonanie obsługi codziennej pojazdu zgodnie z instrukcją „wykaz podstawowych czynności obsługi codziennej”.			
Sprawdzenie wyposażenia pojazdu i zgodność z „listą wyposażenia pojazdu”			
Posiadanie: 1 szt. radiostacji w ambulansie, 1 szt. pagera, 1 szt. drukarki w ambulansie;			
Posiadanie i gotowość do użycia butli tlenowych w liczbie zgodnej z „kartą gotowości zespołu”			
Zapoznanie się z bieżącymi ogłoszeniami i zarządzeniami (dostępne w formie elektronicznej – folder INFORMACJE) wraz z zobowiązaniem się do ich stosowania.			
<b>W trakcie dyżuru wystąpiły problemy dotyczące*:</b>			
<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)			
<b>Kogo powiadomiono w przypadku braku możliwości samodzielnego rozwiązania problemu*:</b>			
<input type="checkbox"/> Z-ca Dyrektora ds. leczenia <input type="checkbox"/> Przełożoną pielęgniarek <input type="checkbox"/> CDM <input type="checkbox"/> Informatyka <input type="checkbox"/> warsztat <input type="checkbox"/> sekcję transportu			
Sporządzono i przekazano sekcji transportu sanitarnego <b>KARTĘ AWARII POJAZDU</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
<b>Wykonanie czynności porządkowych*:</b>			
<input type="checkbox"/> sprzątanie i dezynfekcja bieżąca/tygodniowa <input type="checkbox"/> utrzymanie porządku w miejscu postojowym pojazdu			
<input type="checkbox"/> Wymiana pojazdu na zastępczy (podać nr rej.....) <input type="checkbox"/> Wymiana pojazdu na macierzysty*			
Sprawy do przekazania dla zmiennika/przełożonego(hasłowo):			
ZDAJĄCY DYŻUR		PRZYJMUJĄCY DYŻUR	
..... czytelny podpis		..... czytelny podpis	

strona 1 z 1



**Nazwisko i imię** .....

W czasie pełnionego dyżuru potwierdzam:		TAK	NIE
Pełną gotowość pojazdu do udzielania świadczeń zdrowotnych.			
Wykonanie obsługi codziennej pojazdu zgodnie z instrukcją „wykaz podstawowych czynności obsługi codziennej”.			
Sprawdzenie wyposażenia pojazdu i zgodność z „listą wyposażenia pojazdu”			
Posiadanie: 1 szt. radiostacji w ambulansie, 1 szt. pagera, 1 szt. drukarki w ambulansie;			
Posiadanie i gotowość do użycia butli tlenowych w liczbie zgodnej z „kartą gotowości zespołu”			
Zapoznanie się z bieżącymi ogłoszeniami i zarządzeniami (dostępne w formie elektronicznej - folder INFORMACJE) wraz z zobowiązaniem się do ich stosowania.			
<b>W trakcie dyżuru wystąpiły problemy dotyczące*:</b>			
<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)			
<b>Kogo powiadomiono w przypadku braku możliwości samodzielnego rozwiązania problemu*:</b>			
<input type="checkbox"/> Z-ca Dyrektora ds. lecznictwa <input type="checkbox"/> Przełożoną pielęgniarek <input type="checkbox"/> CDM <input type="checkbox"/> Informatyka <input type="checkbox"/> warsztat <input type="checkbox"/> sekcję transportu			
Sporządzono i przekazano sekcji transportu sanitarnego <b>KARTĘ AWARII POJAZDU</b>		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Wykonanie czynności porządkowych*:</b>			
<input type="checkbox"/> sprzątanie i dezynfekcja bieżąca/tygodniowa <input type="checkbox"/> utrzymanie porządku w miejscu postojowym pojazdu			
<input type="checkbox"/> Wymiana pojazdu na zastępczy (podać nr rej.....) <input type="checkbox"/> Wymiana pojazdu na macierzysty*			
Sprawy do przekazania dla zmiennika/przełożonego (hasłowo):			
<b>ZDAJĄCY DYŻUR</b>		<b>PRZYJMUJĄCY DYŻUR</b>	
..... czytelny podpis		..... czytelny podpis	

strona 1 z 1