

**Ocena segregacyjna:** czerwony

                                  pomarańczowy

                                  żółty

                                  zielony

                                  niebieski

## TRIAGE – KARTA SEGREGACJI WEWNĄTRZSZPITALNEJ

**Imię i nazwisko pacjenta:**..... **Płeć:** K  M

**Zgłosił się do SOR dnia:** \_\_ / \_\_ 20\_\_ **o godzinie** \_\_ / \_\_ <sup>®</sup>

**Sposób przybycia:** PR  ze szpitala

                                  lekarz rodzinny  Policja / S. M.

                                  samodzielnie  rodzina

**Decyzja segregacyjna:**

- A  nagłe zagrożenie pochodzenia wewnętrznego (sercowo-naczyniowe, oddechowe, metaboliczne, inne .....
- B  nagłe zagrożenie pochodzenia okołourazowego / chirurgicznego
- C  nagłe zagrożenie pochodzenia neurogennego
- D  nagłe zagrożenie pochodzenia środowiskowego (zatrucie, podtopienie, uraz termiczny, inne .....
- E  nagłe zagrożenie u dziecka

**Powód zgłoszenia:** .....

.....

A  V  P  U  RR ...../..... **tętno** ..... min **oddech** ...../ min

SAT..... % **temp.** **ciała**..... **poziom glukozy u cukrzyków** .....



Obszar wstępnego leczenia i diagnostyki w oddziale ratunkowym:

obszar resuscytacyjny - zabiegowy  obszar obserwacyjny – diagnostyczny

obszar terapii intensywnej  obszar ambulatoryjny

.....  
(podpis i pieczęć dyspozytora Triage)

.....  
(podpis i pieczęć osoby przejmującej opiekę nad pacjentem)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza odpowiadającego za kontrolę karty Triage)