

Табела нивоа приоритета при процјени тежине стања пацијента за ВМТ

Ниво приоритета	Нивои приоритета (опис и значење)
I	Пацијент животно угрожен нема могућности за адекватно лијечење у регионалној болници или у УКЦРС, фактор “вријеме” значајан за исход лијечења.
II	Пацијент збринут у регионалној болници или у УКЦРС, потребан наставак лијечења у другој установи, копнени транспорт може значајно погоршати стање пацијента.
III	Пацијент збринут изван здравствених установа Републике Српске, због смањења трошкова лијечења ван Републике Српске потребан транспорт у матичну установу, сматра се да је ваздушни транспорт повољнији од копненог.

Ваздушни медицински транспорт
САГЛАСНОСТ ЗА УЧЕШЋЕ ОСТАЛОГ МЕДИЦИНСКОГ ОСОБЉА У ВМТ

Име и презиме:

Адреса:
ЈМБ:

Бр. пасоша/ЛК:

Име, презиме доктора медицине који тражи ваздушни мед. транспорт:

Име, презиме вође посаде који изводи ваздушни мед. транспорт:

ИЗЈАВА (мора бити прочитана здравственом раднику прије потписивања)

- Изјављујем да сам од стране вође ваздухоплова упознат са пријетним брифингом по следећим тачкама:

- упознавање са типом ваздухоплова;
- безбједност у ваздухоплову и око ваздухоплова;
- услови лета;
- дужности и поступци у редовним и ванредним ситуацијама.

. Транспорт ваздухопловом прихватам на властити ризик.

Вођа ваздухоплова (чије име је написано) потпуно ме је информисао о разлогу извођења ваздушног медицинског транспорта и предочио користи, као и могуће ризике овог поступка.

Потпис здравственог радника:

Датум и вријеме:

Упознао сам здравственог радника о разлогу извођења ваздушног медицинског транспорта и предочио истом користи, као и могуће ризике овог поступка.

Потпис вође ваздухоплова испред тима за ВМТ:

Датум и вријеме:

Ваздушни медицински транспорт
НЕОНАТАЛНА ЛИСТА ЗА ТРАНСПОРТ

Здравствена установа која упућује пацијента:

Датум и вријеме:

Здравствена установа у коју се упућује пацијент:

Име, презиме и потпис одговорног доктора медицине:

Име и презиме родитеља/старатеља:

Телефон:

Општи подаци о пацијенту:

Датум и вријеме рођења _____ *Порођајна тежина* _____

Апгар скор _____ *Тјелесна тежина* _____ *Гестациона старост* _____

Дијагнозе: _____

Витални знаци

Пулс _____ *Крви притисак* _____

Сатурација O₂ _____ *Респ. фреквенца* _____ *Температура* _____

Оксигенација: Hood _____ *Маска* _____ *Каниле* _____ *Проток кисеоника* _____

Тубус: Величина _____ *Дубина тубуса* _____

Венске линије: Умбиликални катетер _____ *ЦВК* _____ *Периферна вена* _____

Респиратор: Мод вентилације _____ *Проценат кисеоника* _____

Вршни притисак _____ *PEEP* _____ *Инсп. вријеме* _____

Лијекови:

Ваздушни медицински транспорт
ИНФОРМИСАНИ ПРИСТАНАК ЗА ПЕДИЈАТРИЈСКЕ И НЕОНАТАЛНЕ ПАЦИЈЕНТЕ

Име и презиме пацијента:

Адреса:

Телефон:

Име и презиме доктора медицине који тражи медицински транспорт:

Изјава родитеља/старатеља

Овлашћујем одговорног доктора медицине да може дати изјаву о здравственом стању пацијента и да, у складу са професионалном етиком, може доставити све детаље о здравственом стању који буду захтијевани од стране тима за ваздушни медицински транспорт, како би одговорни доктор медицине/координатор утврдио моју способност за транспорт ваздухопловом.

Транспорт ваздухопловом прихватам на властити ризик.

Одговорни доктор медицине (чије је име написано горе) потпуно ме је информисао о разлозима извођења ваздушног медицинског транспорта и предочио корисност и све ризике овог поступка

Потпис једног родитеља/старатеља:

Датум и вријеме:

Упознао сам родитеља/старатеља о разлозима извођења ваздушног медицинског транспорта и предочио бенефите, али и све ризике овог поступка.

Потпис одговорног доктора медицине тима ВМТ-а:

Датум и вријеме:

Напомена:

Доктор медицине у име пацијента, у складу са Законом о здравственој заштити и медицинском етиком, може дати сагласност за извођење процедуре уколико родитељ/старатељ није присутан.

**Ваздушни медицински транспорт
МЕДИЦИНСКЕ ИНФОРМАЦИЈЕ О ПАЦИЈЕНТУ**

Здравствена установа која упућује пацијента:

Датум и вријеме:

Клиника/одјељење:

Име, презиме и потпис доктора медицине који тражи ВМТ:

Име, презиме и потпис доктора медицине који је попунио формулар:

Општи подаци о пацијенту:

Име и презиме пацијента: _____ Година рођења: _____

Пол: ☐ М ☐ Ж Висина: _____ cm Тежина: _____ kg

ЈМБ: _____ Број пасоша: _____ Број личне карте: _____

Подаци о здравственом стању пацијента:

Ниво приоритета: I II III (заокружити) Пацијент: а) лежи б) може да сједи (заокружити)

Дијагноза: _____

Витални параметри пацијента:

- притисак (сistolни _____ дијастолни _____ средњи _____)
- ЕКГ _____ GCS _____
- дисање а) спонтано без кисеоничне суплементације
б) спонтано са кисеоничном суплементацијом _____ L/min
ц) МВ мод _____ FIO₂ _____ PEEP _____ TV _____ RR _____

- SpO₂ _____ EtCO₂ _____
- Обезбјеђење дисајног пута: ETT _____ IGEL/LMA _____ ET канила _____
- СВИЈЕСТ: а) свјестан б) без свјести ц) седран _____
- Диуреза: _____ уринарни катетер _____ спонтано _____

- ВГА: pH _____ pO₂ _____ pCO₂ _____ SpO₂ _____ HCO₃ _____ BE _____ лактат _____ ГУК _____

Обезбјеђен вентилни пут: ДА: периферни _____ ЦВК _____ НЕ (заокружити)

Ординирана терапија: _____

Оперативни захват: _____

Имобилизација _____

Дренажа _____

Коморбидитет: _____

Напомена: Читко попуњен образац послати на број факса 051/342-001 (Ургентни центар ЈЗУ УКУ РС).

Потом телефоном контактирати републичког координатора за ВМТ.

У случају спрјечености републичког координатора, контактирати замјеника републичког координатора за ВМТ (избјежавати двоструку комуникацију).

У случају одобрења ВМТ припремити пацијента за транспорт.

**Ваздушни медицински транспорт (ВМТ)
ДОБРОВОЉНИ ПРИСТАНАК ПАЦИЈЕНТА НА ВМТ**

Име и презиме пацијента:

Адреса:

ЈМБ:

Бр. пасоша:

Име, презиме доктора медицине који тражи ВМТ:

Компликације које се могу догодити приликом ваздушног медицинског транспорта (попуњава одговорни доктор медицине):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

ИЗЈАВА ПАЦИЈЕНТА (мора бити прочитана пацијенту прије потписивања)

Овлашћујем одговорног доктора медицине да да изјаву о мом здравственом стању и да у складу са професионалном етиком, достави све детаље о мом здравственом стању који буду захтијевани од стране тима за ваздушни медицински транспорт како би њихов доктор медицине/координатор утврдио моју способност за транспорт ваздухопловом. Транспорт ваздухопловом прихватам на властити ризик.

Одговорни доктор медицине (чије име је написано) потпуно ме је информисао о разлогу извођења ваздушног медицинског транспорта и предочио пацијенту/старатељу/пратњи користи, као и могуће ризике овог поступка.

Потпис пацијента/старатеља/пратње:

Датум и вријеме:

Упознао сам пацијента о разлогу извођења ваздушног медицинског транспорта и предочио пацијенту/старатељу/пратњи бенефите, као и могуће ризике овог поступка.

Потпис одговорног доктора медицине тима за ВМТ:

Датум и вријеме:

Напомена:

Уколико је пацијент без свијести или није одредио лице које ће у његово име дати пристанак, ВМТ се може предузети у складу са одредбама Закона о здравственој заштити и са медицинском етиком.

**Ваздушни медицински транспорт (ВМТ)
ПРЕКИД ВМТ УСЉЕД НАСТАЛОГ ЛЕТАЛНОГ ИСХОДА**

Установа која упућује пацијента:

Датум и вријеме:

Одредиште:

Име, презиме и потпис љекара који прати пацијента током ВМТ:

Општи подаци о пацијенту:

Име и презиме пацијента: _____ Пол: ☐М ☐Ж

Година рођења: _____ ЈМБ: _____ Број пасоша/ЛК: _____

Дијагноза:

Узрок смрти:

1. _____
2. _____
3. _____

Тачно вријеме смрти: _____

Локација на којој се ваздухоплов налази у вријеме смрти пацијента:

Напомена:

потпис доктора медицине:

	Ваздушни медицински транспорт -МЕДИЦИНСКА КАРТА ПАЦИЈЕНТА-	
--	---	--

Име и презиме пацијента: _____ Датум и вријеме: _____

Година рођења: _____ Пол: ☐М ☐Ж ЈМБГ: _____ Број пасоша: _____

Име, презиме и потпис љекара/мед. техничара који врши мед. пратњу: _____

Дијагноза: _____

Ординирана терапија у току транспорта:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Стање пацијента прије транспорта: _____

Стање пацијента после транспорта: _____

Трајање транспорта: од (сат и минут) _____ до (сат и минут) _____

Компликације у току транспорта: _____

Смртни исход у току транспорта: ☐ДА ☐НЕ

Вријеме (у мин.)	1сат		2сат		3сат		4сат		5сат	
	15	30	15	30	15	30	15	30	15	30
45										
мм жиро										
200										
190										
180										
170										
160										
150										
140										
130										
120										
110										
100										
90										
80										
70										
60										
50										
40										
30										
20										
10										

V – систолни артеријски притисак
 A – дијастолни артеријски притисак
 Δ – средњи артеријски притисак
 • – пулс
 O – почетак транспорта
 ∅ – крај транспорта
 ↓ – интубација
 ↑ – екстубација

Билешке о промјени стања пацијента:

Име, презиме и потпис љекара/мед. техничара који преузима пацијента:

Мјесто и вријеме:

Програм обуке здравствених радника за ВМТ

	Тема	Вршилац обуке
1.	Медицинска конфигурација ваздухоплова у употреби	Ваздухопловно-техничко особље ХсРС
2.	Локација опреме и прибора у хеликоптеру, посебно опреме за хитне случајеве	Ваздухопловно-техничко особље ХсРС
3.	Поступци у случају ванредних догађаја у ваздухоплову	Ваздухопловно-техничко особље ХсРС
4.	Хеликоптерске безбједносне процедуре - кретање у зони око хеликоптера	Ваздухопловно-техничко особље ХсРС
5.	Руковање медицинском опремом која се користи	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ
6.	Специфичности медицинских процедура у ваздуху	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ
7.	Контрола инфекција у ваздухопловном окружењу	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ
8.	Познавање капацитета и могућности здравствених установа у рејону извођења операција - медицинско особље ВМТ	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ

ПРИЛОГ 10

Програм обуке ваздухопловно-техничког особља за ВМТ

	Тема	Вршилац обуке
1.	Систем ВМТ и оперативне процедуре и циљеви	Републички координатор
2.	Руковање системом носила и начини укрцавања пацијента	Ваздухопловно-техничко особље ХсРС
3.	Основе ваздухопловне медицине и утицај ваздухоплова на пацијенте	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ
4.	Обука из основног одржавања живота	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ
5.	Упознавање са медицинском конфигурацијом хеликоптера и улоге медицинских уређаја	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ и ваздухопловно-техничко особље ХсРС
6.	Руковање медицинским кисеоником	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ
7.	Принцип заштите података пацијената	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ

ПРИЛОГ 11

Програм обуке за нездравствене раднике из здравствене установе који учествују у ВМТ-у

	Тема	Вршилац обуке
1.	Безбједан трансфер пацијента из санитета у хеликоптер и обрнуто	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ и ваздухопловно-техничко особље ХсРС
2.	Хеликоптерске безбједносне процедуре - кретање у зони око хеликоптера	Ваздухопловно-техничко особље ХсРС
3.	Дужности и поступци у редовним и ванредним ситуацијама на хелидрому	Ваздухопловно-техничко особље ХсРС
4.	Руковање медицинском опремом која се користи у хеликоптеру	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ
5.	Локацију опреме и прибора у хеликоптеру	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ
6.	Заштитна опрема	Доктор медицине, специјалиста једне од грана медицине из тима за ВМТ

Шематски приказ начина функционисања службе ВМТ-а

