



INFORME D'ASSISTÈNCIA

FILIACIÓ			
DATA I HORA DE REGISTRE			
METGE DE CAPÇALERA			
METGE ESPECIALISTA DE REFERÈNCIA		FORMA D'ARRIBADA	MOTIU DE VISITA

DIAGNOSTIC PRINCIPAL			
DIAGNÒSTICS SECUNDARIS			
PROCEDIMENTS			

DATA I HORA DE TRIATGE	NIVELL DE TRIATGE	INFERMERA DE TRIATGE	METGE D'URGÈNCIES
------------------------	-------------------	----------------------	-------------------

MOTIU DE CONSULTA

DATA I HORA INICI ASSISTÈNCIA	DATA I HORA VISITA MÈDICA
-------------------------------	---------------------------

AL·LERGIES	si	no	quines	VAT	quan	ALTRES VACUNES	quines
------------	----	----	--------	-----	------	----------------	--------

HÀBITS TÒXICS	Tabaquisme	si	no	quantitat
---------------	------------	----	----	-----------

	Enolisme	si	no	quantitat
--	----------	----	----	-----------

TRACTAMENT ACTUAL	si	no	especificar fàrmac i dosi
-------------------	----	----	---------------------------

HISTÒRIA FAMILIAR

ANTECEDENTS PATOLÒGICS

HISTÒRIA SOCIAL	MIU AMB
-----------------	---------

MALALTIA ACTUAL

ANAMNESI

EXAMEN FÍSIC/REVISIÓ DE SISTEMES

PLA

LABORATORI	RX	MEDICACIÓ-CURA	ESTABILITZACIÓ-OBSERVACIÓ	INTERCONSULTA
------------	----	----------------	---------------------------	---------------

CONSENTIMENT INFORMAT	INGRÉS	TRASLLAT	ALTA
-----------------------	--------	----------	------

METGE INTERCONSULTAT	DATA I HORA	ESPECIALITAT	MOTIU INTERCONSULTA	RESULTAT
----------------------	-------------	--------------	---------------------	----------

ESTADA A URGÈNCIES	Estable	Empitjorament	Millora amb tractament	NECESSITAT D'AÏLLAMENT/CONTENCIÓ
--------------------	---------	---------------	------------------------	----------------------------------

IMMOBILITZACIÓ RÍGIDA, DEIXAT SOL FÀCILMENT VISIBLE	NECESSITAT DE SEDACIÓ
---	-----------------------

TROBALLES ECG

TROBALLES ANALÍTIQUES

TROBALLES RADIOLÒGIQUES

TRACTAMENT A URGÈNCIES

CURES D'INFERMERIA A URGÈNCIES

COMENTARIS DE L'ÀREA D'OBSERVACIÓ

MOTIU DEL TRASLLAT

DATA I HORA DEL TRASLLAT

METGE RESPONSABLE DEL TRASLLAT

CONDICIONS DE TRASLLAT	ESTABLE	GREU	CRITIC
------------------------	---------	------	--------

RESPONSABLE DEL TRASLLAT

CENTRE DE TRASLLAT	SERVEI	METGE RESPONSABLE
--------------------	--------	-------------------

FORMA DE TRASLLAT	Ambulància convencional	UVI mòbil	Helicòpter
-------------------	-------------------------	-----------	------------

TRACTAMENT/MEDICACIÓ DURANT EL TRASLLAT

CURES DURANT EL TRASLLAT

Signatura del pacient acceptant les condicions del trasllat i reconeixent que ha rebut les instruccions

Escrites i rebudes pel metge
 Rebudes verbalment

Signatura de la Infermera

Signatura del Metge

Signatura responsable trasllat

Informe per triplicat: Copia pel pacient, copia per la història clínica, copia pel metge de referència

Informe de Trasllat