



## Beteg/sérült előrejelzése, átadása, segélykocsi hívása a prehospitalis gyakorlatban Szabványos Eljárásrend

Szerzők:	Dr. Sajtos Erika, Dr. Hetzman T. László, Dr. Eröss Attila, Dr. Kocsis Tibor, Dr. Temesvári Péter, Dr. Radnai Márton, Dr. Petróczy András, Dr. Hőnyi Péter
Szakmai lektor:	OMSZ Orvosszakmai Osztály Szakmai Munkacsoportja
Jóváhagyta:	Dr. Csató Gábor, Dr. Pápai György
Verzió / Kiadás dátuma:	v2.0 / 2019.08.26.
Érvényesség ideje:	Visszavonásig
Vonatkozik:	Az Országos Mentőszolgálat valamennyi kivonuló dolgozójára, ill. mentésirányítójára kompetenciaszintnek megfelelően

### I. Célok

Az eljárásrend célja bemutatni:

- a célintézmény meghatározásának sajátosságait, folyamatát,
- az ISBAR szerinti előrejelzés indikációit, menetét, jelentőségét,
- a betegátadás folyamatát.

További cél a magyar és nemzetközi irányelvek adaptációja, így az Országos Mentőszolgálat kivonuló, ill. mentésirányítói tevékenysége alatti kommunikáció egységesítése, a betegellátók közötti információátadás hatásfokának növelése.

Jelen eljárásrend a korábban kiadott *dr. Sajtos Erika, dr. Hetzman T. László, dr. Eröss Attila: Kórház értesítése, segélykocsi hívás a mentőgyakorlatban* című szabványos eljárásrend megújítása, módosítása, annak egyes elemeinek változatlanul hagyásával.

### II. Háttér

A nemzetközi sürgősségi gyakorlatban az ellátók közötti kommunikáció hatékonnyá tétele érdekében az **ISBAR** (Identify – Situation – Background – Assessment – Recommendation), azaz „Azonosítás – Helyzet – Háttér – Értékelés – Javaslat” rendszer használata terjedt el.

Elterjedt továbbá az **ATMISTER** (Age – Time – Mechanism – Injuries – Signs – Treatment – Estimated time of arrival – Requirements), azaz „Életkor – Idő – Mechanizmus – Sérülések, tünetek – Vitális paraméterek – Terápia, ellátás – Várható érkezés időpontja – A beteg/sérült azonnali szükségletei” betűszó használata, amely az átadandó információ részleteit segít felidézni.

Az ISBAR rendszer használata megteremti a pontos információcsere feltételeit, a lényegi információkat tömören, a fogadó fél számára is áttekinthető, szabványos szerkezetbe rendezi. Az ily módon történő strukturált előrejelzés hozzájárul a betegátadás és az elsődleges kórházi ellátás időhatékonyságához, megfelelő időt teremtve az előkészületekre (pl. team, sokktalanító, PCI-labor, műtő, CT, vér stb.) és az információvesztést is minimalizálja. A módszert a WHO is ajánlja, mivel növeli a megbízhatóságot.

### III. A célintézmény meghatározása és a betegút szervezése

- A prehospitalis gyakorlatban a betegek kórházi elhelyezésének folyamatát, a célintézmény meghatározását a mindenkori jogszabályok által leírt Területi Ellátási Kötelezettség (TEK), illetve Budapesten az évente megújuló, aktuális „Ügyeleti Rend” szabályozza, különösen akut esetekben, ill. ügyeleti időben.
- Azonban:
  - A jelenleg hatályos és vonatkozó jogszabályok, hatósági állásfoglalások alapján magas időfaktorú kórképnél (pl. súlyos sérülés, STEMI, időablakon belüli stroke stb.) nem a TEK az irányadó, hanem az adott szakma szerinti, a beteg ellátására alkalmas, leggyorsabban elérhető fogadóhelyet kell meghatározni (Budapesten figyelembe véve az „Ügyeleti Rend”-et).
  - A beteget nemcsak időkritikus, hanem minden akut/sürgősségi helyzetben el lehet helyezni feltalálási helye szerint, pl. más megyében lakó, külföldi, vagy lakcím nélküli betegek esetében.
  - Ha már a bejelentés alapján felmerül az időkritikus kórkép, minél hamarabb (akár vonulás közben) szükséges meghatározni a legrövidebb időn belül elérhető célintézmény(ek)e)t.
  - **Időkritikus kórkép esetén** a célintézmény(ek) kiválasztása esetén nem a kilométerben mért távolság, hanem **a legrövidebb időn belüli elérhetőség a mérvadó.**
  - A célintézmény kiválasztásában segítséget nyújthatnak az online, forgalomfigyelő térképek, emellett figyelembe kell vennünk az ICS-k által jelzett akut lemondásokat is.
  - Betegelhelyezési nehézséget az OMSZ Szolgálatvezető Főorvosa felé azonnal jelezni kell.

### IV. Az ISBAR használata

Az Országos Mentőszolgálatnál az alábbi esetekben **kötelező** az ISBAR alapelvei mentén a szabványos információ-átadást alkalmazni:

a) *Kritikus, vagy instabil állapotú beteg/sérült, valamint magas időfaktorú kórfolyamat (pl. időablakon belüli stroke, STEMI stb.) esetén a célintézmény értesítéskor:*

- Az információ átadásának alapeszköze a TETRA rádió, annak használhatatlansága esetén, vagy különleges helyzetekben javasolt lehet a mentésirányításon keresztüli **közvetlen** telefonos kapcsolat (konferenciabeszélgetés) létesítése, esetleg mobiltelefon használata.
- Minden esetben törekedjünk a célintézménnyel (= átvevő osztály) **közvetlenül kapcsolatba lépni**. Nem helyes gyakorlat az Irányító Csoport közvetítésével történő előrejelzés, mivel akaratlanul is információ elvesztéséhez, késedelemhez vezethet, emellett nem biztosított a fogadó intézmény kérdéseinek megválaszolása sem. Az Irányító Csoport feladata a lehetséges célintézmények kijelölése, a mentőegység tájékoztatása.
- Az ISBAR szerinti referálást javasolt folyamatosan, párbeszéd nélkül végezni, ezután van lehetőség a célintézmény kérdéseinek megválaszolására. A struktúra (főleg ismételt) megszakítása az információ-csomag szerkezetének felbomlásához, információvesztéshez vezethet.
- Az előrejelzésnek nem célja a betegről és az ellátásról történő teljes, részletes referálás. A jó előrejelzés tömör, rövid, csak a leglényegesebb elemekből áll, lehetőleg ne tartson tovább 0,5-1 percnél.

- A beteg előrejelzése során mindig törekedjünk az udvarias, kollegiális megfogalmazásra, tekintettel arra, hogy a nonverbális elemek (mimika, gesztikuláció) a fenti kommunikációs csatornákon nem érvényesülnek.

b) Segélykocsi/speciális egység hívásakor a beteg/sérült állapotának leírására:

- **Szakmai indokoltság:** bármely mentőegység vezetőjének nemcsak **joga** és **lehetősége**, de alapvető **kötelessége** is segélykocsit hívni, ha úgy ítéli meg, hogy az adott beteg ellátása meghaladja a szakmai kompetenciáját, vagy egyéb, tárgyi, vagy személyi feltételek hiánya miatt az aktuális lehetőségeit. Segélykocsi hívásakor a szabványos információátadás után a mentésirányítás dönt a további teendőkről, a segítség küldéséről.
- Az ISBAR-formula használatának kötelezettsége alól ilyenkor az egyetlen kivétel az újraélesztés, ezt egyértelműen, de tovább nem részletezve kell jelezni.
- A segélykocsi/speciális egység hívásakor a mentésirányító feladata a kapott információ ISBAR szerinti rögzítése (ld. 1. sz. függelék). Amennyiben a segélykocsi/speciális egység hívása nem ISBAR szerint történik, a mentésirányító kérdezzen rá az ISBAR elemekre.
- Segélykocsi hívásakor és küldésekor kötelező mérlegelni, hogy az arra (helyben) várakozás idővesztését ellensúlyozza-e a segélykocsi által nyújtott többletellátás (lehetősége), pl. időablakon belüli STEMI vagy stroke esetében. Ezért nagyon fontos, hogy a mentésirányítás mérlegelje a többletcompetencia-igényt és rendelkezésre állást, valamint a kórház távolságát. Ha a többletcompetencia elengedhetetlen, ugyanakkor a kórkép magas időfaktorú, kötelező a kórházba szállítás megkezdése, valamint a riasztott, úton lévő mentőegységgel való találkozási pont egyeztetése is (randevú elv).

c) Segélykocsi/speciális egység (ill. párhuzamosan riasztott egység) lemondásakor, amikor az egység úgy ítéli meg, hogy még sincs szüksége segítségre:

- A segélykocsi lemondása esetén mind a mentésirányító, mind a segélykocsi megszólítása szükséges.
- Amennyiben a lemondás nem ISBAR szerint történik, a mentésirányító/segélykocsi kötelessége annak kérése, **segélykocsi/speciális egység lemondása ISBAR-nélkül TILOS!**

d) Prehospitális telefonos konzultáció során:

- Részletesen lásd a „Prehospitális telefonos konzultáció” c. szabványos eljárásrendben.

e) A beteg/sérült kórházi átadása során:

- Beteg átadása során is javasolt az ISBAR/ATMISTER struktúra alkalmazása
  - Kritikus állapotú/időkritikus kórfolyamatú beteg átadása során javasolt az ún. „hands off” módszer alkalmazása. Ennek lényege, hogy a beteg kórházi ágyra átemelése előtt mindenki (a teljes átvevő team) az átadóra figyel, semmilyen beavatkozást, betegellátást, tevékenységet, kommunikációt nem végez, és 0,5-1 perc időt hagy – közbevágás nélkül – az egységnek a szóbeli átadásra. Így mindenki azonos tartalmú információcsomaggal kezd neki a feladatainak. Kivételt képez az a beteg, aki érkezéskor azonnali beavatkozásra, ill. annak folytatására szorul (pl. keringésmegállás, hirtelen légúti elzáródás esetén). Ilyenkor azonnali átadás-átvétel szükséges.
  - Az átadás első lépése udvarias köszönés, bemutatkozás, kompetenciánk jelölése („Jó reggelt! Mentő Ákos, mentőápoló vagyok!”)

- A „hands off” átadást követően, az átemelés előtt javasolt a betegen található monitorkábelek eltávolítása (a kábelek lassíthatják az átvételt, és valós biztonságtöbbletet nem adnak). Ha az átvevő helyen működőkész kapnográf és légzőkör van, javasolt az arra történő, átemelés előtti átváltás. Cél: áthelyezés alatt az endotrachealis tubus helyzete mindig monitorozva legyen EtCO<sub>2</sub>-regisztrálással.
  - Betegmozgatás során mindig szükséges az endotrachealis tubus manuális rögzítése, melyet a fej felől lévő ellátó végez. A beteg áthelyezése az ő számolását követően történjen meg.
  - A felszabadult hordágyat minél hamarabb toljuk ki az átvevő helységéből.
  - Az átemelést követően törekednünk kell a rögzítő eszközök (lapátágy, medencerögzítő, húzósín) cseréjére. Ha csereeszköz nincs, akár rövid várakozás is megengedett a beteg érdekében (pl. lapáthordágyról CT asztalra, vagy húzósín, medencerögzítő levétele sürgősségi műtőben).
- A beteg átadása során mindig kötelező csatolni az ellátásról készült, paramétereket tartalmazó dokumentumot (pl. Code Summary).
  - A beteg átadását követően, a dokumentálás alatt törekedjünk a mentőjármű gyors rendbetételére. A kisebb szennyeződések (ilyenkor még) könnyedén eltávolíthatók, a felhasznált eszközök-gyógyszerek az autó készletéből pótolhatók. A cél, hogy az egység a lehető legrövidebb időn belül alkalmas legyen egy következő beteg ellátására. Nagyobb készlethiány/csak állomáson eltávolítható szennyeződés/tankolási igény esetén az egység jelezze ezt az ICS felé.
  - Egyes kórházakban lehetőség van az OMSZ által kihelyezett készletből az egészségügyi felszerelés, oxigénpalack cseréjére is.

## V. Az ISBAR elemei

- **Azonosítás (Identify):** köszönés, bemutatkozás, valamint a hívott fél azonosítása.
- **Helyzet (Situation):** az aktuális probléma megnevezése, amely miatt a megkeresés történik.
- **Háttér (Background):** a beteg aktuális vezető panaszja vagy állapotának megnevezése, a probléma objektív értékeléséhez szükséges további információk tömör összefoglalása, releváns elemek az anamnéziséből.
- **Értékelés (Assesment):** vitális paraméterek és azok fő változásai, a súlyosság megítélése, stabil/instabil állapot megítélése, az ellátás szempontjából fontos impressziók.
- **Javaslat (Recommendation):** a szükségesnek tartott további ellátási igény pontos megnevezése, az időbeliség tisztázása, a további terápiás lépések egyeztetése.

Javasolt a mondanivalónk előzetes átgondolása, szükség esetén jegyzetelése, mely segíti a csak releváns információk tömör, lényegretörő átadását. A cél, hogy az előrejelzésünk/átadásunk ne tartson tovább 0,5-1 percnél.

	<b>Beteg vagy sérült előrejelzése/átadása</b> ISBAR és ATMISTER felhasználásával (Hetzman TL, Eröss A, Kocsis T v1.6 2019.08.26.)		
<b>Azonosítás</b>	bemutatkozás, a hívott fél azonosítása	<b>I</b>	
<b>Életkor</b>	felőtt/ ... éves gyermek	<b>S</b>	A
<b>Időpont</b>	baleset ideje / tünetek kezdete		T
<b>Mechanizmus</b>	sérülés / betegség releváns anamnézis	<b>B</b>	M
<b>Sérülés / tünet</b>	fejtől lefelé / szervrendszerenként lényeges ABCD eltérés		I
<b>Vitális paraméterek</b>	stabil / instabil / extrém instabil normál tartományon kívüli paraméterek	<b>A</b>	S
<b>Terápia</b>	intubált / nem intubált lényeges terápia		T
<b>Várható érkezés</b>	..... óra ..... perc-kor	<b>R</b>	E
<b>Azonnali szükséglet</b>	pl. sokktalanító, vér, műtő, PCI, trauma team antibiotikum		R
<b>Viszsaigazolás</b>			

a) Az egyes sorok kifejtése:

- **Azonosítás:** köszönés, az egység hívójelének és kompetencia szintjének jelzése (pl: 13/162 mentőgépkocsi), szükség esetén a hívott fél azonosítása
- **Életkor:** a beteg (hozzávetőleges) életkora, pl: idős beteg, vagy 83 éves beteg.
- **Időpont:** az esemény ideje vagy a tünetek kezdete, pl: tegnap óta (eszméletlen), vagy a tünetek kezdete 14:45 (stroke), vagy 10:30 körül (szendvedett autóbalesetet).
- **Mechanizmus:** az idővel együtt közölve, pl: (ma dél körül) 4 méter magasból esett, vagy (tegnap este kezdődött) típusos anginás jellegű mellkasi fájdalma, vagy (2 órája) ismeretlen okból eszméletlen.
- **Sérülés/tünet:** a főbb sérülések egyszavas leírása (fejtől lefelé/szervrendszerenként), illetve a beteg állapotának jelzése ABCD problémák szerint, pl. gastrointestinalis vérző, instabil keringésű, (valószínűleg szeptikus) légzési elégtelen, hypotensív.
- **Vitális paraméterek:** Az 5 legfontosabb, leggyakrabban mért vitális paraméter közül azokat közöljük, amelyek egy meghatározott tartományon kívül esnek:
  - **tudat:** ha az AVPU skála szerint P, vagy U, illetve megfelelő kompetencia esetén a részletes GCS

- **szívfrekvencia:** 40 – 150/perc közötti tartományon kívül eső érték (alacsonyabb, vagy magasabb) számszerűen
- **légzésszám:** 10 – 29/perc közötti tartományon kívül eső érték (alacsonyabb, vagy magasabb) számszerűen
- **szisztolés vérnyomás:** 100 – 220 Hgmm közötti tartományon kívül eső érték (alacsonyabb, vagy magasabb) számszerűen
- **szaturáció:** 90% alatti érték számszerűen, vagy: nem mérhető

A mondanivalónk végén jelezzük, hogy „egyéb vitális paraméterek rendben”.

Például: ...fiatal férfibeteg, ma 11 órakor 6 méter magasból esett, koponyasérült, GCS: 3-3-5, szisztolés vérnyomás: 85 Hgmm, szaturáció 89%. (Ebben az esetben világos, hogy a légzésszáma 10–29/perc, valamint szívfrekvenciája 40–150/perc közötti tartományba esik.

- **Terápia:** csak a kiemelkedően fontos terápiás lépéseket kell közölni, (leggyakrabban, hogy a beteg intubált-e). Ide sorolható még az olyan különleges beavatkozás is, mint „elektromos cardioversio után”, vagy „külső pacemaker ingerlés folyamatban”. Nem szükséges tehát minden terápiás lépést (pl. összes beadott gyógyszerelést) részletezni.
- **Várható érkezés:** óra percben (segélykocsi hívásakor a randevú várható helyszíne és időpontja, lemondáskor értelemszerűen kihagyandó).
- **Azonnali szükséglet:** amire a beteg a segélykocsi érkezésekor, vagy a beteg átadása után a kórházi szakban (várhatóan) szorul. Például: „azonnali vérkészítmény szükséglet várható”, vagy „azonnali műtét szükségessége felmerül”, vagy „a beteg emelt szintű légútbiztosításra fog szorulni”. Segélykocsi hívásakor a hívás indoka itt közlendő. Segélykocsi lemondásakor értelemszerűen kihagyandó.

b) Típuspéldák:

- Kórházi előrejelzés:** „13/51-es esetkocsi, 90 éves beteggel érkezik, aki ma reggel óta erősen fullad, lázas, légzési elégtelen, valószínűleg szeptikus. Instabil állapotú, GCS: 1-T-1, szisztolés vérnyomása: 80 Hgmm, szaturációja: 88%, intubált, lélegeztetett, noradrenalin keringéstámogatás indult. Várható érkezésünk 11:50, valószínűleg sokktalanítóra és antibiotikumra szorul.
- Segélykocsi hívás:** „19/53-as mentőgépkocsi, fiatal férfibeteghez kér helikopteres segítséget, 1 órája gyalogosként kisteherautóval elgázolták, koponya-, mellkas- és combcsont-sérült. Kritikus állapotú, AVPU: fájdalomra sem reagál, légzésszáma 47/perc, szisztolés vérnyomása és szaturációja nem mérhető. Segítséget kérünk a sérült ellátásához és trauma centrumba szállításához.”
- Segélykocsi lemondás:** „1/23-as mentőgépkocsi, középkorú beteghez kértünk korábban segítséget, akinek 10 perccel ezelőtt típusos epilepsziás rohama zajlott. Jelenleg stabil állapotú, GCS: 3-3-5, vitális paraméterei normálisak, a roham lezajlott, tudata tisztul, további ellátását, szállítását meg tudjuk oldani.”

## VI. Segélykocsi küldés (Irányító Csoport mentésvezetőként)

Az ICS mentésvezetőjének az alábbiakat kell mérlegelnie:

- Valóban szakmai-e az igény, tehát a mentőegység kompetenciáját meghaladó és halaszthatatlan beavatkozás szükséges-e? Egyéb igény esetén (pl. nehéz kimentés), vagy alacsony időfaktor (pl. halál-megállapítás) esetén mérlegelni szükséges, hogy milyen típusú segítség az optimális. Ilyen lehet a társszervek segítése, orvosi ügyelet stb. Túlsúlyos beteg mozgatását elsősorban további mentőerővel szükséges megoldani, ennek hiányában, vagy elégtelensége esetén vegyünk csak igénybe társszerveket.

- b) Milyen távolságra van a kórház, tehát a segélykocsi idővesztését lehet-e egy gyors szállítással és kórházi átadással ellensúlyozni?
- c) Mi a segélykocsi reális érkezési ideje? Helikopter riasztásának felmerülésekor érdemes a Légi Koordinátor véleményét kérni a helikopter bevethetőségéről és várható érkezési idejéről.

## VII. A szállíthatóság megítélése

Alapelveként leszögezhető, hogy *minden beteg szállítható, ha a szállítás okozta (sokszor csak elvi) megterhelést felülmúlja a célintézet elérésének gyorsasága, illetve az ott nyújtható ellátás.* A szállítás kedvezőtlen hatásai alacsony kompetenciaszinten is nagyrészt csökkenthetők vagy kiküszöbölhetők a kíméletes (!) betegmozgatással és vezetéstechnikával, továbbá az alapvető, egyébként is szükséges egyszerű beavatkozásokkal (rögzítés, fájdalomcsillapítás, vérzéscsillapítás stb.) Ez azt jelenti, hogy a legtöbb beteg szállítását meg kell kezdeni a magasabb kompetenciaszintű egység/célintézmény felé.

A szállítás megkezdése előtt meg kell várni a segélykocsi érkezését az alábbi esetekben:

- újraélesztés BLS-szinten
- az adott kompetenciaszinten nem kezelhető, mozdítással romló, tűrhetetlen fájdalom
- az adott kompetenciaszinten nem kezelhető, csillapíthatatlanul nyugtalan, küzdő, agított beteg
- szülés kitolási szakban.

## VIII. A szállíthatóság megítélése szekunder transzport esetén

A szállíthatóság kérdése felmerül még szekunder, tehát kórházak közötti szállítás kapcsán is. Ezen döntéseket mindig a beteg állapotához igazodva, a küldő orvos és a mentőegység vezetője közötti konzultációra alapozottan kell meghozni.

Alapelveként elmondható, hogy az adekvát terápia ellenére (pl. fenyegetett légút, légúti elzáródás, nem kielégítő oxigenizáció, instabil hemodinamika miatt) ABC-instabil beteg szekunder szállítása nem kezdhető meg. Kivételt képezhet, ha azokat csak a fogadó intézetben tudják megszüntetni, és a beteg állapotát sem a küldő kórház, sem a mentőegység által elérhető beavatkozásokkal sem sikerült stabilizálni, vagy az elvileg sem lehetséges (pl. aorta dissectio).

Ha a mentőegység (orvos/mentőtiszt) vezetője szállíthatatlannak tartja a beteget, viszont a küldő orvos ennek ellenére ragaszkodik a szállításhoz, mindkettőjük (rövid indoklást tartalmazó) véleményét rögzíteni kell a betegdokumentációban, és ezután a szállítás végrehajtandó.

*Felhasznált irodalom:*

1. Sajtos E, Hetzman TL, Eröss A: Kórház értesítése, segélykocsihívás a mentőgyakorlatban. Szabványos eljárásrend. Országos Mentőszolgálat, 2015.
2. Hetzman TL, Temesvári P, Sajtos E, Eröss A, Petróczy A, Radnai M, Hőnyi P: Célintézmény meghatározás, beteg/sérült előrejelzés, átadás. HEMS eljárásrend. Magyar Légimentő Nonprofit Kft. 2019.
3. Sajtos E, Joós G, Kocsis T, Eröss A: Kommunikáció, referálás és átadás, ISBAR. Szabványos eljárásrend. MH EK Honvédkórház SBC. 2019.
4. Hetzman TL, Eröss A: A MH EK Honvédkórház súlyos sérült ellátási eljárásrend. Szabványos eljárásrend. MH EK Honvédkórház SBC. 2019.
5. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Communication During Patient Hand-Over. Patient Safety Solutions, Volume 1, Solution 3, May 2007.
6. 9836-1/2019/EÜIG iktatószámú NNK-Országos Tisztifőorvosi levél
7. 1997. évi CLIV. törvény 77. § (1-3), 78. § (1), 93. § (6), 94. § (1)
8. 47/2004. ESZCSM rendelet 4. § (8), 18. § (2-5)
9. 5/2006 EüM rendelet 7. § (1-4)
10. 322/2006. Korm. rendelet 7. § (1)
11. 43/1999 Korm. rendelet 27. B § (1), 28/B melléklet
12. 2006. évi CXXXII. törvény 5/a§ (12)
13. Bukor B, Szalóki N, Bodnár J, Petróczy A, Hetzman TL: Szekunder / Intenzív transzport. HEMS eljárásrend. Magyar Légimentő Nonprofit Kft. 2016.
14. Arora V, Jeanne Farnan J: Patient Handoff. www.uptodate.com. 2017.



**Az eljárásrend előzményei:**

<b>Verzió 2</b>	<b>Jelen eljárásrend (2019.08.26.)</b>
<b>Cím</b>	Beteg/sérült előrejelzése, átadása, segélykocsi hívása a prehospitális gyakorlatban
<b>Szerzők</b>	Dr. Sajtos Erika, Dr. Hetzman T. László, Dr. Eröss Attila, Dr. Kocsis Tibor, Dr. Temesvári Péter, Dr. Radnai Márton, Dr. Petróczy András, Dr. Hőnyi Péter
<b>Hatályba léptette</b>	18/2019. (08.26.) számú Főigazgatói Utasítás
<b>Állapot</b>	Hatályban

<b>Verzió 1</b>	<b>2015.12.12.</b>
<b>Cím</b>	Kórház értesítése, segélykocsi hívás a mentőgyakorlatban
<b>Szerzők</b>	Dr. Sajtos Erika, Dr. Hetzman T. László, Dr. Eröss Attila
<b>Hatályba léptette</b>	8/2015. (12.12.) sz. Orvos Igazgatói Utasítás
<b>Állapot</b>	Hatályon kívül
<b>Hatályon kívül helyezte</b>	5/2019. (08.26.) számú Orvos Igazgatói Utasítás



1. sz. függelék

	<b>Beteg vagy sérült előrejelzése/átadása</b> <i>ICS/kórházi verzió</i> <b>ISBAR és ATMISTER felhasználásával</b> (Hetzman TL, Eröss A, Kocsis T v2.0 2019.08.26.)			
<b>Felíró neve:</b> .....	<b>Dátum: 20..... / ..... / .....</b>		<b>Időpont: ..... : .....</b>	
<b>Azonosítás</b>	Beszállító egység azonosítása		<b>I</b>	
<b>Életkor</b>	<b>Felnőtt/ ... éves gyermek</b>		<b>S</b>	A
<b>Időpont</b>	Baleset ideje / tünetek kezdete			T
<b>Mechanizmus</b>	Sérülés / betegség  Releváns anamnézis		<b>B</b>	M
<b>Sérülés / tünet</b>	Lényeges ABCD eltérés  (fejtől lefelé / szervrendszerenként)			I
<b>Vitális paraméterek</b>	<b>stabil / instabil / extrém instabil</b>		<b>A</b>	S
	Normál tartományon kívüli paraméter	<b>LSZ:</b> <b>SpO<sub>2</sub>:</b> <b>P:</b> <b>NIBP:</b> <b>GCS:</b>		T
<b>Terápia</b>	<b>intubált / nem intubált</b>			T
	Lényeges terápia			
<b>Várható érkezés</b>	<b>..... óra ..... perc</b>		<b>R</b>	E
<b>Azonnali szükséglet</b>	(Pl. sokkalanító, vér, műtő, PCI, trauma team, antibiotikum)			R
<b>Visszaigazolás</b>	<b>Elmondottak/felírtak rövid visszaolvasása</b>			