



GRADSKI ZAVOD ZA
HITNU MEDICINSKU POMOĆ
BEOGRAD

KONSTATACIJA SMRTI

3551

PREZIME, OČEVO IME I IME UMRLOG

POL

M

Ž

VREME KONSTATACIJE SMRTI:

MESTO I DATUM ROĐENJA:

MESTO SMRTI:

PRISUTAN

DA

(POZVAN) MUP

NE

(ulica i broj)

U _____

_____ 20 _____ god.

(Potpis i faksimil lekara koji je utvrdio smrt)

Napomena:

Sa ovom potvrdom se preminulo lice ne može sahraniti. Za dalji postupak se obratiti Službi za utvrđivanje vremena i uzroka smrti a u prigradskim naseljima nadležnom Domu zdravlja. Tel. 011/323 14 23

НАЛОГ ЗА ИЗДАВАЊЕ		Број:		ЗАВОД ЗА УРГЕНТНУ МЕДИЦИНУ			
ампулара, траума торбе и торбе мед техничара				БЕОГРАД			
датум:		начелник смене:					
АМПУЛАР		КОМ	утрошено	ТРАУМА ТОРБА			
				КОМ	утрошено		
1	Adrenalin 1mg/1ml amp	10		1	Glucosi infundibile 10% 500ml	1	
2	Atropin 1mg/1ml amp	5		2	Zavoј 6cm x 5m	5	
3	Aminofilin 250mg/240mg / 10ml amp	5		3	Zavoј 8cm x 5m	5	
4	Dexason 4mg/1ml amp	5		4	Zavoј 12cm x 5m	5	
5	Diklofenak 75mg/3ml amp	5		5	Sanitetska gaza a ¼m	10	
6	Digoxin 0,5mg/2ml amp	5		6	Sanitetska gaza a ½m	10	
7	Dopamin 50mg/5ml amp	4		7	Sanitetska gaza a 1m	10	
8	Ebrantil 25mg/5ml amp	2		ТОРБА МЕДИЦИНСКОГ ТЕХНИЧАРА			
9	Verapamil 5mg/2ml amp	6		1	I.V.kanila 18G(3); 20G (4) 22G (3)	10	
10	Klometol 10mg/2ml amp	5		2	Bebi sistem	5	
11	Furosemid 10 mg/ml, 2ml amp	10		3	Sistem za infuziju	6	
12	Nirmin 5mg/1,6ml amp	3		4	Špric injekcioni a 2ml	10	
13	Novalgetol 2,5 g/5ml amp	5		5	Špric injekcioni a 5ml	10	
14	Presolol 5mg/5ml amp	3		6	Špric injekcioni a 10ml	5	
15	Cordarone 150mg/3ml amp	3		7	Špric injekcioni a 20ml	5	
16	Hloropiramin 20mg/2ml amp (Synopen)	3		8	Esmarhova poveska	1	
17	Buscopan 20mg/1ml amp	3		9	Injekcione igle	30	
18	Lemod solu 40mg/ml amp	10		10	Maska hirurška sa povezom	15	
ДОПУНСКИ АМПУЛАР - СЕТ				11	Pregledne rukavice	30	
1	Morfin hcl 20 mg/ml amp	1		12	Dvoslojni prekrivač	1	
2	Tramadol 50 mg/ml amp	2		13	Štipaljka za pupak	2	
3	Tramadol 100 mg/2 ml amp	1		14	Izotermalni prekrivač	1	
4	Bensedin 10 mg/2ml amp	2		15	Maska za kiseonik (odrasli / deca)	2	
5	Dormicum (Midazolam) 5mg/5ml amp	3		16	Endotrahealni tubus (3,5) (4,5) (6) (7) (8)	5	
6	Anexate (Flumazenil) 1mg/10ml amp	1		17	Air way : (00) (1) (2) (3) (4) (5)	6	
7	Naloxon 400 mg/ml amp	5		18	Aspiracioni kateter (1 dečiji, 2 za odrasle)	3	
8	Controloc 40mg amp	2		19	Flaster 2,5cmx5m	1	
9	Ranisan 50mg amp	3		20	Sanitetska vata	100gr	
10	Zodol 30mg/ml amp	3		21	Alkohol 70%	100ml	
11	Propafenon 35mg/10ml amp	2		22	Natrii chloridi infundibile 500 ml	2	
12	Lidokain 2% 40mg/2ml amp	5		23	Glucosi infundibile 5% a 500ml	1	
				24	Ringerov rastvor a 500 ml	1	
				25	Glukosi 50% a 100ml	1	

Преузео: _____ факсимил

МП

Издао: _____

НАЛОГ ЗА ИЗДАВАЊЕ ДОПУНСКЕ ТЕРАПИЈЕ

Број:

ГРАДСКИ ЗАВОД ЗА ХИТНУ
МЕДИЦИНСКУ ПОМОЋ
194 БЕОГРАД

датум:

Начелник
смене:

НАЗИВ ЛЕКА ИЛИ МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА

требована
количина

издато

	НАЗИВ ЛЕКА ИЛИ МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА	требована количина	издато
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

преузео:

Др - факсимил

(мед. техничар)

издао

М.П.

ПРИРУЧНИК ПРВЕ ПОМОЋИ ЗА ВОЗАЧЕ





GRADSKI ZAVOD ZA HITNU
MEDICINSKU POMOĆ
BEOGRAD, Franše d' Eperea 5



NALOG ZA SANITETSKI PREVOZ

№ 008459

Nalog primljen: dan mesec god. u sati min.

Bolesnik: _____ (Prezime, očevo ime i ime) Starost: Pol: M Ž

Adresa: Ulica _____ br. _____ Opština _____

Zgrada: 1) ulična; 2) dvorišna; ulaz sprat: br. stana tel:

Zahtev uputio: 1) Lekar HMP-; 2) Lekar DZ; 3) Bolnički lekar (med. sestra); 4) Bolesnik ili druga osoba

Razlog za prevoz: Dg ili kratak opis oboljenja, stanje povrede

1) ima uput i nalog; 2) samo uput; 3) samo nalog

Prijem obezbeđen

Da

Ne

Bolesnik nepokretan

Da

Ne

1) Potreban pratilac; 2) Pomoć SUP-a 3) Spec. tretman

Gde se vozi bolesnik: _____

Stranka čeka ekipu: _____

Podatke primio; 1) lekar-šifra lekara: 2) medicinski tehničar br. dos.

Nalog dat ekipi u: : 1) direktno; 2) radio vezom; 3) telefonom br. radio veze

Nalog predao ekipi: 1) lekar-šifra lekara 1) medic. tehničar-br. dos. urgencija: 1) da 2) ne

Ekipa primila nalog

Sat : Sat

Vreme starta ekipe

Sat : Min.

Dolazak na lice mesta

Sat : Min.

Vreme intervencije

Sat : Min.

Bolesnik je vožen

1. Od stana ili drugog mesta do bolnice;

2. Od bolnice do stana;

3. Na drugo mesto;

min. u sati

(tačna adresa bolnice, stana ili drugog mesta gde je bolesnik vožen)

Prijem potvrđuje:

1) Dežurni lekar

(potpis i faksimil lekara)

2) Medic. sestra - tehn.

Osnovna dijagnoza:

REPUBLIČKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE-FILIJALA U

OSIGURANIK:

Srodstvo

Zanimanje

Mesto stalnog boravka

ul.

br.

Opština

Br. zdrav. legit:

Vid osig.

Matič. br.

Reg. br.

Šifra delatn.

Osn. kor. pr.

Država

Naplaćeno: 1) Da: br. prizn.

2) Ner: br. obaveze

L.k. br.

MUP

Pređena kilometraža:

km

LBO

NAPOMENA:

Medic. tehničar

broj dosijea

Потпис Серија	Стање км број	Пређено км	Време дополаск дополаск дополаск			РЕЛАЦИЈА	Датум
А	7	8	4	5	6	ПУТНИ НАЛОГ 028960	Д
ГРАДСКИ ЗАВОД ЗА ХИТНУ МЕДИЦИНСКУ ПОМОЋ БЕОГРАД, Франше Д'Епереа бр. 5						Возач	
(назив имаоца путничког аутомобила)						Корисник	
Место _____ улица _____ бр. _____			За вожњу на релацији _____				
Датум издавања _____ 20 _____ године			Марка и тип _____				

**ПОТВРДА
О ИСПРАВНОСТИ ВОЗИЛА ЗА ВОЖЊУ**

Примио сам возило без видљивих недостатака Возило је технички исправно за вожњу

(потпис возача) (потпис одговорног лица за техн. исправност возила)

(М.П.)

Снага мотора kw (KS) _____
 Број седишта _____
 Регист. број _____
 Адреса гараже _____
 Гаражни број _____

СТАЊЕ ГОРИВА И МАЗИВА

(потпис)

ОСТАТАК			ИЗДАТО			СВЕГА			Место	Потпис издаваоца
гориво			гориво	уље	масти	гориво	уље	масти		

**ФАБРИЧКИ ИЛИ КОНТО
БРОЈЕВИ ГУМА НА УПОТРЕБИ**

ЧАСОВА			Пређено км	ПО НОРМИ			СТВАРНО			ОСТАТАК		
вожња	стајање	укупно		гориво	уље	масти	гориво	уље	масти	гориво	уље	масти

Обрачун извршио,

Контролисао,

ИЗДАТО

Примедба контроле:

Примедба возача:

(потпис)

(потпис)