



Dnia 200.... r

Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon, kod,
nazwa komórki organizacyjnej, numer
identyfikacyjny świadczeniodawcy

**SKIEROWANIE DO SZPITALA PACJENTA
Z PODEJRZENIEM UDARU NIEDORKWIENNEGO MÓZGU
NA LECZENIE TROMBOLITYCZNE**

Imię i nazwisko pacjenta: lat:

Adres:

PESEL:

Czas zachorowania: godzina minuta nie ustalono

Czy rodzina pacjenta jest powiadomiona i przyjedzie w odpowiednim czasie celem
podpisania zgony na leczenie trombolityczne?

TAK NIE NIE USTALONO

Czy ustalono jakikolwiek przeciwwskazania do leczenia trombolitycznego?

TAK NIE NIE USTALONO

.....
Pieczęć i podpis lekarza