

“İnsanın ölüm anının müəyyən edilməsi, reanimasiya tədbirlərinin dayandırılması meyarları və qaydası”na
2 nömrəli əlavə

Xəbərdarlıq vərəqəsi

Çağırışın tarixi «____» 20__ il

Xəstənin yanına gəlmə vaxtı «____» saat «____» dəqiqə

Ünvan _____

Xəstənin S.A.A. _____

Yaşı _____ A/T _____ Nəbzı _____ Hərarəti _____

Aparılmış müalicə tədbirləri _____

Səyyar həkimin tövsiyələri (məsləhəti) _____

Sizə ____ sayılı KYS-nin aşağıdakı tərkibində təcili tibbi yardım briqadası xidmət etdi:

Həkim: _____

Feldşer: _____

Sürütü: _____