

**Zawiadomienie****o zastosowaniu przymusu bezpośredniego**

oznaczenie dysponenta ZRM

na podstawie § 16 ust. 1 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740)

nazwisko i imię pacjenta	wiek pacjenta ..... lat	Rodzaj ZRM (S/P) ..... do zlecenia wyjazdu nr .....
	pleć (K/M) .....	Data realizacji wezwania (dd-mm-rrrr) ..... " ..... " .....
pieczęć podmiotu leczniczego, do którego przetransportowano pacjenta	godzina dotarcia do podmiotu leczniczego (g g : m m)	łącznie czas trwania przymusu bezpośredniego
	:	..... min

**Podjęto decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wobec osoby, która:**

- ☐ dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby
- ☐ dopuszcza się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu
- ☐ w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu

godzina zastosowania przymusu bezpośredniego  
(g g : m m)

- ☐ Powiadomiono dyspozytora medycznego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

**Imiona i nazwiska osób wykonujących przymus bezpośredni:****Zastosowano przymus bezpośredni polegający na:**

ZESPÓŁ SPECIALISTYCZNY PODSTAWOWY	<input type="checkbox"/> przytrzymaniu - doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniu osoby z użyciem siły fizycznej
	<input type="checkbox"/> unieruchomieniu - obezwładnieniu osoby z użyciem:
	<input type="checkbox"/> pasów <input type="checkbox"/> prześcieradeł <input type="checkbox"/> uchwytów <input type="checkbox"/> kaftana bezpieczeństwa <input type="checkbox"/> innych urządzeń technicznych
<input type="checkbox"/> przymusowym podaniu leków: <input type="checkbox"/> doraźnie <input type="checkbox"/> przewidzianym w planie postępowaniu leczniczego wprowadzenia leków do organizmu osoby - bez jej zgody	

**Przebieg zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym oznaczenie, czy pacjent/ka:**

- |   |                                     |  |  |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> szarpie się (uderza) | <input type="checkbox"/> płacze     | <input type="checkbox"/> mamrocze                  | <input type="checkbox"/> oddał/a mocz (stolec) |
| <input type="checkbox"/> wykrzykuje           | <input type="checkbox"/> śmieje się | <input type="checkbox"/> bez zaburzeń psychicznych | <input type="checkbox"/> chwilowe zwolnienie   |
| <input type="checkbox"/> spokojny/a (śpi)     | <input type="checkbox"/> śpiewa     | <input type="checkbox"/> otrzymał/a płyny          | <input type="checkbox"/> inne .....            |

☐ Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego nastąpiło w obecności zespołu ratownictwa medycznego☐ Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten miał być podjęty**Skutki zastosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia pacjenta/ki:**

- ☐ nie miał wpływu                ☐ miał wpływ (jaki) .....

Przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego na żądanie kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych - pomocy udzielała:  
(podać dane identyfikacyjne)

- ☐ jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne .....
- ☐ Policja .....
- ☐ Państwowa Straż Pożarna .....

Uwagi:

podpis i pieczęć kierownika ZRM podejmującego decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

**Ocena dysponenta zespołów ratownictwa medycznego (właściwego dla danego zespołu) zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego:****Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a:**

czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego/podpis

**Ocena upoważnionego przez marszałka województwa lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:****Lekarz upoważniony przez marszałka województwa:**

czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego/podpis