転院搬送の要請（フローチャート）

**大阪市地域メディカルコントロール協議会**

* **早期治療を目的とした、搬送先選定困難な傷病者の一時受入れを行った場合はこの限りではない。**

|  |  |
| --- | --- |
| **救急車による転院搬送の基本要件※** |  |
| **以下のことを要請元医療機関の医師が判断している**  |
| **①** | **緊急に処置が必要である** |
| **②** | **当該医療機関において治療が困難である** |
| **③** | **他に適切な搬送手段がない** |
| **④** | **転院先医療機関が確定している** |

①～③の要件に全て該当していますか？

救急隊長に転院搬送依頼書を手渡し、必要な指示をお願いします。

「転院搬送依頼書」を作成してください。

注）緊急性が高い等、依頼書を作成する余裕がない場合は、直接救急隊長へ内容を伝えてください。

患者等搬送事業者、タクシー、マイカー等、救急車以外の搬送手段で転院搬送してください。

**ＮＯ**

**ＹＥＳ**

④転院先医療機関は確定していますか？

転院先医療機関を確保

してください。

※　傷病者が心肺停止状態であったり、生命の危機が迫っている場合は、先に119 番通報してください。

**ＹＥＳ**

**ＮＯ**



早期に転院搬送を開始します。

原則として、医師、看護師の同乗をお願いします。

同乗できない場合は、患者・家族等に説明し、了承を得てください。

１１９番通報してください。

**確保**