

Stanowisko z dnia 03 czerwca 2011r. konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego w sprawie transportu pacjentów z symptomatologią: ostrego zespołu wieńcowego, udaru niedokrwienego lub udaru krwotocznego oraz pacjentów urazowych z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub centrum urazowe przez podstawowe Zespoły Ratownictwa Medycznego poza rejon operacyjny dysponenta jednostki.

W myśl postanowień art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.) - zwanej dalej ustawą o PRM, zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Natomiast art. 45 ust. 1 ustawy o PRM stanowi, iż w przypadku, gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie stwierdzony stan, który zgodnie ze standardami postępowania, o których mowa w art. 43, wymaga transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, lub gdy tak zadecyduje lekarz systemu obecny na miejscu zdarzenia, osobę taką transportuje się bezpośrednio do wskazanego szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo wskazanej jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. W przypadku transportu poza rejon operacyjny transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego.

Z podanych ww. zapisów wynika, iż osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego powinna być przetransportowana do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, który jest wskazany przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego w oparciu o posiadane informacje dotyczące potencjału medycznego jednostki szpitalnej (które są ujęte w Wojewódzkim Planie Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, tworzono na podstawie art. 21 ustawy o PRM), czyli możliwości niezbędnej diagnostyki i procesu leczniczo-terapeutycznego konkretnego pacjenta z problemem zdrowotnym.

Decyzję o transporcie do szpitala innego niż najbliższy względem czasu dotarcia, czyli transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego) może być podjęta **tylko przez lekarza systemu** (o którym mowa w art. 3 pkt. 3 ustawy o PRM) **obecnego na miejscu zdarzenia**. W tym przypadku ustawodawca określił rolę lekarza koordynatora ratownictwa medycznego jako koordynującą w przypadku transportu poza rejon operacyjny.

Mając na względzie jak najszybsze prawidłowe zabezpieczenie medyczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a w szczególności:

- a) dotarcie pacjentów z symptomatologią ostrego zespołu wieńcowego do jednostek organizacyjnych szpitala zapewniających kardiologię interwencyjną;
- b) dotarcie pacjentów z symptomatologią udaru niedokrwienego lub udaru krwotocznego do jednostek organizacyjnych szpitala zapewniających leczenie udarów;
- c) dotarcie pacjentów urazowych, o których mowa w art. 3 pkt. 12 ustawy o PRM, do centrum urazowego (art. 3 pkt. 11 ustawy o PRM);

**Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego
mgr Marek Maślanka**

ul. Szlak 61, 31-153 Kraków, tel. 123964109, fax. 123964181, e-mail: m.maslanka@ptpr.org.pl

Należy również mieć na uwadze inne czynniki współtowarzyszące opiniowanej kwestii.

1. Do chwili obecnej nie zostały opublikowane standardy postępowania o których mowa w art. 43 ustawy o PRM - stąd nie można się do nich odwołać. Faktem jest, iż standardy, o których mowa w art. 43 ustawy o PRM, powinny wynikać wprost z aktualnej wiedzy medycznej. Wiedza ta jest zaś przekazywana w ramach przedmiotów nauczania w procesie kształcenia zarówno pielęgniarek systemu, ratowników medycznych jak i lekarzy systemu. Osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych powinni znać algorytm postępowania wobec osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w poszczególnych symptomatologiach chorób. Jednak wiedza medyczna ulega systematycznym zmianom i modyfikacjom w miarę postępów w rozwoju medycyny i regulowanie tego obszaru w formie aktu prawnego wymaga częstych aktualizacji. Pomimo iż wiedza medyczna jest egzekwowana w procesie kształcenia oraz w procesie dalszego doskonalenia zawodowego członków zespołu ratownictwa medycznego, to brak jest aktu prawnego wprowadzającego standardy medyczne postępowania, a przez to sankcjonującego ich stosowanie.
2. Brak uregulowań prawnych dotyczących zlecenia leków drogą radiową i telefoniczną z poza listy zawartej w:
 - a) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) – w odniesieniu do pielęgniarek systemu;
 - b) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007r. Nr 4 poz. 33, z późn. zm.) – w odniesieniu do ratowników medycznych.

Z zapisów przytoczonych rozporządzeń wynika brak możliwości podawania leków nie umieszczonych ww. listach.

3. Brak uregulowań prawnych dotyczących konsultacji medycznych wykonywanych drogą radiową i telefoniczną.
4. Brak uregulowań prawnych dotyczących teletransmisji zapisu elektrokardiograficznego i jego zdalnej interpretacji – stąd należy traktować jej rolę jako pomocniczą w diagnozowaniu objawów pacjenta (pomimo prób uregulowań w tym zakresie w wojewódzkich planach działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego).
5. Cytowane zapisy ustawy nie precyzują, czy *decyzja podjęta przez lekarza systemu obecnego na miejscu zdarzenia* odnosi się również do transportów pacjentów przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (a więc bez lekarza systemu w danym zespole ratownictwa medycznego) z miejsca zdarzenia do ośrodków wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, znajdujących się często poza rejonem operacyjnym.
6. W przypadku bezpośredniego transportu pacjenta z miejsca zdarzenia, do szpitala poza rejonem operacyjnym, opuszczenie przez zespół ratownictwa medycznego rejonu operacyjnego powinno skutkować zadysponowaniem przez lekarza koordynatora ratownictwa medycznego lub dysponenta jednostki innego zespołu ratownictwa medycznego włączonego do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w ten rejon, z zachowaniem zgodności w zakresie czasu dotarcia do miejsca wezwania zgodnie z postanowieniem art. 24 ustawy o PRM.

Opisywane kwestie rodzą problemy odpowiedzialności prawnej za podejmowane działania między innymi w zakresie:

- a) podjęcia decyzji przez kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego o transporcie pacjenta nie do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitalnego oddziału

Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego
mgr Marek Maślanka

ul. Szlak 61, 31-153 Kraków, tel. 123964109, fax. 123964181, e-mail: m.maslanka@ptpr.org.pl

ratunkowego, lecz do szpitala w którym znajduje się centrum urazowe albo jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w szczególności gdy znajduje się ona poza rejonem operacyjnym;

- b) decyzji wyżej wymienionej skutkującym czasowym brakiem zespołu ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym i obszarze działania (art. 3 pkt. 13 ustawy o PRM), a przez to pogorszenie zabezpieczenia obszaru działania zespołu ratownictwa medycznego, co w konsekwencji wpłynąć może na niezapewnienie realizacji parametrów czasów dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, o których mowa w art. 24 ustawy o PRM, w odniesieniu do innych osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- c) przekroczenia kompetencji poprzez podanie leków innych niż zawarte w wyżej wymienionych regulacjach prawnych;
- d) niepełnego rozpoznania wskazań lub ich braku do leczenia w ośrodku kardiologii interwencyjnej.

W myśl postanowień ustawy o PRM, zespoły ratownictwa medycznego mają każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zapewnić pomoc poprzez medyczne czynności ratunkowe (art. 1 i art. 3 pkt. 4 ustawy o PRM). Kierownik zespołu ratownictwa medycznego podejmuje decyzje o zastosowanych procedurach medycznych czynności ratunkowych na podstawie objawów chorobowych u danego pacjenta. W zespołach ratownictwa medycznego, możliwości wykonania badań diagnostycznych są ograniczone. Dlatego kierujący medycznymi czynnościami ratunkowymi nie ma możliwości dokładnego zdiagnozowania i stwierdzenia rozpoznania danego problemu zdrowotnego u pacjenta, gdyż nie ma możliwości zweryfikowania symptomów chorobowych stanowiących podstawę diagnostyki. Określenie „ewidentny zawał mięśnia serca” nie jest precyzyjnym określeniem funkcjonującym w terminologii medycznej. Proponuje, aby w przypadku pacjentów z symptomatologią ostrego zespołu wieńcowego używać definicji zgodnej np. z Komunikatem Ministra Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2009 roku w sprawie standardu kwalifikacji pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi do leczenia inwazyjnego, wypracowany przez zespół kardiologów na czele z prof. Grzegorzem Opolskim – Konsultantem Krajowym w dziedzinie kardiologii.

Proponowane rozwiązania organizacyjne, które w myśl obowiązujących regulacji prawnych mogą maksymalnie skrócić czas dotarcia pacjenta kwalifikującego się do podjęcia leczenia w ramach ośrodka wyspecjalizowanego w interwencyjnym leczeniu pacjentów z rozpoznaniem ostrym zespołem wieńcowym to szybkie zabezpieczenie i zdiagnozowanie oraz kwalifikacja do leczenia inwazyjnego pacjentów z symptomami ostrego zespołu wieńcowego.

Dlatego:

- 1) w przypadku, gdy czas dotarcia specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego do chorego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego nie przekracza czasu 15 minut od momentu przyjęcia zgłoszenia, kierowany powinien być specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego (z lekarzem systemu), który transportuje pacjenta bezpośrednio do szpitala posiadającego jednostkę organizacyjną wyspecjalizowaną do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej, po zdiagnozowaniu przez lekarza systemu u pacjenta ostrego zespołu wieńcowego, kwalifikującego się do leczenia inwazyjnego (art. 45 ust. 1 ustawy o PRM) lub transportuje pacjenta z symptomami ostrego zespołu wieńcowego do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, gdy lekarz systemu zespołu nie zakwalifikuje pacjenta do leczenia inwazyjnego (art. 44 ust. 1 ustawy o PRM);
- 2) w przypadku, gdy czas dotarcia specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego do chorego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego przekracza 15 minut od momentu zgłoszenia, a czas dotarcia najbliższego dla miejsca wezwania podstawowego zespołu ratownictwa medycznego jest krótszy niż czas dotarcia specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego, podstawowy zespół ratownictwa medycznego powinien po przybyciu na miejsca wezwania:
 - a) zabezpieczyć pacjenta z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego,
 - b) wykonać EKG (oraz teletransmisję zapisu 12-odprowadzeniowe EKG jeśli dostępna - w ramach współpracy do oddziałów wykonujących przezskórne interwencje wieńcowe - PCI i leczenie trombolityczne),

Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego
mgr Marek Maślanka

ul. Szlak 61, 31-153 Kraków, tel. 123964109, fax. 123964181, e-mail: m.maslanka@ptpr.org.pl

- c) dokonać konsultacji zapisu EKG z lekarzem analizującym,
 - d) przygotować pacjenta do przetransportowania przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego lub śmigłowcowy zespół ratownictwa medycznego HEMS do szpitala, wybranego przez lekarza systemu danego zespołu. Celem przyspieszenia przekazania pacjenta do specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego lub śmigłowcowego zespołu ratownictwa medycznego HEMS pacjent może być przetransportowany przez podstawowy zespół ratownictwa medycznego do miejsca lądowania śmigłowca HEMS lub miejsca przekazania pacjenta pod opiekę lekarza systemu ze specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego. W przypadku zespołów ratownictwa medycznego to lekarz systemu powinien zabezpieczyć transport bez przenoszenia pacjenta pomiędzy ambulansami;
 - e) transportować pacjenta do ośrodka kardiologii interwencyjnej w przypadku gdy czas dotarcia do tego ośrodka jest krótszy lub porównywalny z transportem do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub przewidywany czas oczekiwania na zespół specjalistyczny lub HEMS wraz przekazaniem i transportem spowodowałby istotne opóźnienie podjęcia leczenia przyczynowego;
- 3) w przypadku, gdy czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego (specjalistycznego i podstawowego) do chorego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego przekracza czas 15 minut od momentu zgłoszenia i czas przetransportowania osoby z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego od momentu zgłoszenia przekracza czas 30 minut od momentu zgłoszenia, powinno nastąpić wezwanie śmigłowcowego zespołu ratownictwa medycznego HEMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z jednoczesnym wysłaniem najbliższego pod względem czasu dotarcia dla miejsca wezwania zespołu ratownictwa medycznego; w tym przypadku zespół ratownictwa medycznego powinien zabezpieczyć pacjenta do przetransportowania przez śmigłowcowy zespół ratownictwa medycznego HEMS do szpitala wybranego przez lekarza systemu śmigłowcowego zespołu ratownictwa medycznego;
- 4) w przypadku, kiedy na miejsce wezwania do pacjenta z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego został wysłany podstawowy zespół ratownictwa medycznego i nie jest możliwe szybkie wsparcie przetransportowania pacjenta przez zespół z lekarzem systemu: specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego lub śmigłowcowy zespół ratownictwa medycznego HEMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego; podstawowy zespół ratownictwa medycznego transportuje pacjenta do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, tego który jest wskazany przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego (art. 44 ust. 1 ustawy o PRM);
- 5) w przypadku przetransportowania pacjenta z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, konieczne jest skrócenie pobytu pacjenta w tym szpitalu do koniecznego minimum (nie przekraczającego 90 minut od przybycia zespołu ratownictwa medycznego do pacjenta) wykonania niezbędnej dostępnej diagnostyki kwalifikującej pacjenta z ostrymi zespołami wieńcowymi do leczenia inwazyjnego (art. 33 ust. 1 ustawy o PRM);
- 6) w szpitalu nieposiadającym potencjału medycznego do interwencji kardiologicznych, w przypadku zakwalifikowania pacjenta z ostrym zespołem wieńcowym do leczenia inwazyjnego, ze szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć szpitala dokonuje się niezwłocznie transportu pacjenta specjalistycznym zespołem transportu sanitarnego do szpitala posiadającego jednostkę organizacyjną wyspecjalizowaną do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej - pacjent powinien być dostarczony do jednostki kardiologii inwazyjnej w czasie nieprzekraczającym 120 minut od momentu przybycia zespołu ratownictwa medycznego do pacjenta (art. 33 ust. 2 ustawy o PRM);
- 7) specjalistyczny zespół transportu sanitarnego, o którym mowa w pkt. 6 **nie może być zespołem ratownictwa medycznego włączonym do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego;**
- 8) specjalistyczny zespół transportu sanitarnego, o którym mowa w pkt. 6 i 7 musi spełniać minimalne wymagania techniczne i jakościowe wynikające z obowiązującej normy PN-EN 1789 dla ambulansu typu C, czyli ambulansu drogowego skonstruowanego i wyposażonego do transportu, zaawansowanego leczenia i monitorowania pacjenta podczas transportu, a także zapewniać *możliwość podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych* (art. 33. pkt. 2 ustawy o PRM);

Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego
mgr Marek Maślanka

ul. Szlak 61, 31-153 Kraków, tel. 123964109, fax. 123964181, e-mail: m.maslanka@ptpr.org.pl

- 9) celem zapewnienia zaawansowanego leczenia i monitorowania pacjenta podczas transportu sanitarnego międzyszpitalnego zaleca się, aby w skład specjalistycznego zespołu transportu sanitarnego, o którym mowa w ust. 6 - 8, wchodziły co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym:
- a) lekarz specjalista posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty z następujących dziedzin medycyny: anestezyjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii plastycznej, kardiologii, kardiologii, medycyny rodzinnej, medycyny sądowej, medycyny transportu, neurochirurgii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, pediatrii, położnictwa i ginekologii, urologii,
 - b) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezyjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, albo pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezyjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, albo pielęgniarka posiadająca ukończony kurs specjalistyczny w zakresie resuscytacji krążeniowo – oddechowej,
 - c) ratownik medyczny posiadający prawo jazdy i spełniający warunki, o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.).

Zespół ratownictwa medycznego włączony do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, zapewniający gotowość do udzielania medycznych czynności ratunkowych, **nie może realizować w tym czasie zleceń od innych podmiotów** oraz udzielać świadczeń wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych zakresach świadczeń, a w szczególności:

- 1) leczenia szpitalnego,
- 2) nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa,
- 3) transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej,
- 4) transportu sanitarnego pacjenta po hospitalizacji do miejsca zamieszkania,
- 5) transportu sanitarnego neonatologicznego,
- 6) transportu sanitarnego międzyszpitalnego,
- 7) transportu sanitarnego wewnątrzszpitalnego,
- 8) transportu sanitarnego osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do i od szpitalnego oddziału ratunkowego z i do lądowiska śmigłowca ratunkowego.

Niedopuszczalna jest w sytuacji braku podstaw i odmienności interpretacji prawnych omawianych powyżej, jakkolwiek forma wywierania presji (np. konieczność sporządzania notatek z określeniem powodu dla którego pacjent nie został przewieziony bezpośrednio do ośrodka kardiologii interwencyjnej, utrudnianie przekazania pacjenta do szpitala - uzależnianie od wykonania badań diagnostycznych, nie przyjmowanie pacjentów i wymuszanie do przetransportowania ich do innego szpitala lub szpitala posiadającego jednostkę organizacyjną wyspecjalizowaną do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej, nakładanie kar finansowych) na członków podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, do podejmowania działań przekraczających kompetencje nadane w ustawie o PRM i ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2009 r. Nr .151 poz. 1217).

Przedstawione zalecenia są zgodne z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczącego postępowania w ostrym zawałe serca z utrzymującym się uniesieniem odcinka ST, oraz wytycznymi dotyczącymi rewaskularyzacji mięśnia sercowego.

Zalecenia te w kwestii generalnych zasad dotyczące transportu pacjentów poza rejon operacyjny należy również odnieść do pacjentów transportowanych do centrów urazowych oraz pacjentów z objawami udaru niedokrwiennego lub krwotocznego.

Podejmując lokalne rozwiązania każdorazowo należy odnieść się do oczekiwanych korzyści i zagrożeń w podjęciu lub zaniechaniu działań mając na uwadze dobro pacjenta, bezpieczeństwo zespołu udzielającego medycznych czynności ratunkowych wraz ze zgodnością z obowiązującym prawem.

**Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego
mgr Marek Maślanka**

ul. Szlak 61, 31-153 Kraków, tel. 123964109, fax. 123964181, e-mail: m.maslanka@ptpr.org.pl

Poprzez uregulowania prawne konieczne jest wdrożenie standardów postępowania i wypracowanych wytycznych medycznych, w szczególności dotyczące leczenia pacjentów urazowych, leczenia zawału serca oraz postępowanie w udarze mózgu.

Mając na uwadze ciągły rozwój medycyny ratunkowej, metod diagnostycznych i terapeutycznych opinia ta odnosi się do aktualnej sytuacji prawnej i organizacyjnej jednostek ratownictwa medycznego.

Z poważaniem.



Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego
mgr Marek Maślanka

ul. Szlak 61, 31-153 Kraków, tel. 123964109, fax. 123964181, e-mail: m.maslanka@ptpr.org.pl