附件2

突发公共事件和灾害事故伤病员转运卡

姓名： 年龄： 转运编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 初步诊断 |  |
| 症状体征： |
| 初步处置情况：    处置医师签名：  |
| 接收医院： 接收医师： 接收时间： |