

Медична евакуація повітрям

Вступ

Евакуація пораненого персоналу за допомогою вертольотів або літака з незмінною геометрією крила цілком змінила підхід до швидкого перевезення постраждалих із зон, де не доступна належна допомога, до медичних закладів, у яких вони можуть отримати основну чи оптимальну допомогу. Хоч використання авіатранспорту може скоротити час транспортування, авіамедична обстановка викликає додатковий стрес у пораненого пацієнта. Далі подано терміни, які описують процес евакуації пацієнтів за допомогою авіатранспорту.

- **Евакуація поранених** — це переміщення постраждалих із місця, де їх було поранено, до медичного закладу за допомогою немедичного персоналу. Постраждалі, яких перевозять таким чином, можуть не отримувати медичної допомоги під час транспортування. Зазвичай в таких випадках використовують вертольоти, які повертаються з поля бою.
- **Медична евакуація** — це вчасне та ефективно переміщення з наданням допомоги під час транспортування. Медична допомога надається медичним персоналом пораненому, якого евакуюють із поля бою до лікувального закладу за допомогою спеціально обладнаних наземних чи повітряних транспортних засобів. Як приклад можна навести послуги цивільних авіамедичних вертольотів та санітарного транспорту повітряних сил. Цей термін включає також переміщення пацієнтів із поля бою до лікувального закладу або від одного лікувального закладу до іншого за допомогою медичного персоналу, наприклад, переведення із корабля на берег.
- **Медична евакуація повітрям** — зазвичай використовує для перевезення хворих чи поранених в межах театру бойових дій (**внутрішньо**театральні) або від одного театру до іншого (**між**театральні), наприклад, перевезення з Афганістану до Німеччини, літаки з фіксованою геометрією крила ВПС. Це врегульована система, де допомога надається членами бригади авіамедичної евакуації. Бригади авіамедичної евакуації можуть бути підсилені бригадами авіап перевезення тяжкохворих, щоб забезпечити інтенсивну терапію.
- **Допомога під час перевезення** — це продовження лікування, призначеного до евакуації пацієнта, а також заходи з підтримання його стану під час перевезення.

Медичні принципи, що стосуються пацієнтів, які надходять у систему медичної евакуації

Медичні принципи / Вимоги

- Запит на медичну евакуацію включає потребу хірургічного обладнання та/або фахівців.
 - Стан пацієнта достатньо стабільний, щоб витримати відповідний спосіб та тривалість подорожі.
 - Дихальні шляхи та дихання пацієнта можуть витримати переміщення.
 - Крапельниці, дренажі та трубки пацієнта прохідні та добре закріплені.
 - Для пацієнтів із ризиком торакальної баротравми необхідно розглянути можливість профілактичного встановлення плевральної дренажної трубки перед тривалою медичною евакуацією повітрям.
 - Клапани Геймліха на плевральних дренажних трубках добре функціонують.
 - Катетер Фолея та назогастральні трубки встановлено, можливість їхнього дренажу забезпечено.
 - Для авіапереvezень за холодної погоди чи при післяопераційній гіпотермії треба надійно вкрити пацієнта шерстяною та алюмінізованою ковдрами.
 - Три ремені на ношах використовуються для надійного закріплення пацієнта.
 - Особисті речі та уся медична документація мають перевозитися разом із пацієнтом.
-
- Евакуацію пацієнта ініціює лікар, який надавав першу допомогу, або відповідальний за перевезення згідно із встановленою процедурою. Адміністративний персонал у справах пацієнтів зазвичай надає усю необхідну адміністративну інформацію та здійснює координацію, необхідну для евакуації. Через відмінності засобів евакуації та їх впливу на стан пацієнта (напр., переліт у герметизованій кабіні літака) запити на перевезення пацієнтів через систему аеромедичної евакуації потрібно затвердити в авіаційного лікаря театру бойових дій, уповноваженого затверджувати такі запити.
 - Коли йдеться про пацієнтів, яких евакуюють із медичних закладів або передових хірургічних бригад, бригадний лікар (або призначена особа) визначає порядковість евакуації усіх пацієнтів, яких потрібно вивести із лікувального закладу. Це здійснюється після консультації з начальником медичної служби передової хірургічної бригади та/або головної медсестри. Коли пацієнта готують до евакуації за допомогою транспортних засобів ВПС США, необхідно якнайшвидше зв'язатися з Центром забезпечення транспортних засобів для перевезення пацієнтів. Це дасть Центру достатньо часу для координації вимог до авіатранспорту та потреб перевезення пацієнта.

Врахування авіаційної обстановки

- Загальні міркування перед перевезенням.

- Зважаючи на вплив висоти, обмежену мобільність, обмежену кількість персоналу під час транспортування, а також непередбачуваний час евакуації, лікар, який дає скерування, повинен намагатися адаптувати вимоги моніторингу показників життєво важливих функцій та частоту перевірок ран і нейроваскулярних показників.
- Деякі методи лікування, які не є необхідними у стаціонарних лікувальних закладах, можуть бути обов'язковими при евакуації повітрям.
 - ◆ Наприклад, пацієнтам із серйозними захворюваннями чи хірургічною патологією необхідно встановити катетери Фолея, назогастральні трубки, передбачити можливість внутрішньовенного введення знеболювальних засобів та внутрішньовенних антибіотиків тривалої дії.
- Варто врахувати вільне використання фасциотомії/висічення опікового струпа.
- Варто врахувати необхідність забезпечення функціонування дихальних шляхів за допомогою профілактичної ендотрахіальної трубки.
- Рани перев'язуються з метою подальшого накладання швів. Окрім випадків, коли бригада медичної евакуації повітрям отримала спеціальні вказівки, вона не робить регулярного перев'язування ран. Однак, якщо в дорозі у пацієнта підвищується температура або виникає сепсис, рани потрібно оглянути.
- Гіпсові пов'язки мають бути двостулкові. Якщо гіпсова пов'язка накладена на місце післяопераційної рани, вона повинна мати проміжок, передбачений для розширення тканини та доступу до рани в екстрених випадках. Перевірки нейроваскулярних показників мають часто документуватися як до, так і під час перельоту.
- **Знижений атмосферний тиск.**
 - Об'єм газової бульбашки у рідині подвоюється на висоті 18000 футів (5485 м) над рівнем моря. У більшості військових літаків тиск у кабіні підтримується на висоті від 8000 футів (2438 м) до 10000 футів (3048 м). Якщо у літаку передбачена така можливість, тиск в кабіні можна підтримувати на нижчому рівні, але це суттєво збільшить час перельоту та споживання пального.
- **Необхідно врахувати обмеження тиску в кабіні у таких випадках:**
 - Проникаючі поранення очей з внутрішньоокулярним повітрям.
 - Вільне повітря у будь-якій порожнині тіла.
 - Серйозні легеневі захворювання.
 - Декомпресійна хвороба та артеріальна газова емболія потребують підтримання тиску в кабіні на рівні тиску на посадковому майданчику. Тиск у пункті призначення не повинен бути вищим за тиск у пункті вильоту. Перевезення при 100% забезпеченні кисню (якщо можливо — за допомогою авіаційної маски).
- **Пневмоторакс.** Для усіх випадків пневмотораксу необхідна плевральна дренажна трубка. Перед перевезенням пацієнта до літака потрібно встановити клапан Геймліха або іншу схвалену систему збору.

- **Пневматичні шини.** Не повинні використовуватися, якщо є альтернативні засоби. Оскільки повітря розширюється з висотою, пневматичні шини потребують уважного спостереження та коригування під час польоту.
- **Пацієнти зі стоноюю.** Калоприймач з фільтром для відводу газів — щоб уникнути зміщення калоприймача відносно прокладки для колостоми внаслідок надмірного виділення газів. Використовуйте шпильку для того, щоб закріпити два отвори калоприймача над кільцем прокладки.
- **Знижений парціальний тиск кисню.** Атмосферний парціальний кисневий тиск знижується зі зменшенням висоти. На рівні моря насиченість киснем здорової людини становить 98%-100%. При висоті кабіни 8000 футів (2438 м) вона знижується до 90%, що можна скоригувати до 98%-100% за допомогою 2 л/хв. кисню.
- **Нейрохірургічні пацієнти.** Гіпоксія може погіршити стан нейрохірургічного пацієнта. Потрібно відрегулювати налаштування системи вентилявання, щоб вони відповідали підвищеній потребі кисню на висоті.
- **Акселераційний стрес.** Пацієнти із травмами мозку можуть переживати тимчасові значні підвищення внутрішньочерепного тиску під час зльоту і посадки. Розміщення пацієнта на борту літака дає змогу мінімізувати ризик (нахил голови вперед при зльоті та відкидання назад при посадці).
- **Термічний стрес.** План температури в кабіні змінюється від 15°C (59°F) до 25°C (77°F) під час зимових місій та від 20°C (68°F) до 35°C (95°F) під час літніх. Нормотермію потрібно підтримувати за допомогою відповідних пристроїв.
- **Шум.** Шум може викликати проблеми при спілкуванні та оцінюванні стану пацієнта (аускультация неможлива — використовуйте неінвазивні засоби моніторингу артеріального тиску і/або внутрішньоартеріальний катетер). Забезпечте пацієнта засобами захисту органів слуху. Екстрені звукові сигнали медичного обладнання не корисні.
 - Знижена вологість. На висоті в літаках дуже низька вологість, зростають втрати від випаровування. Тому пацієнтам буде необхідна додаткова рідина, особливо тим, хто страждає від обширних опіків, та пацієнтам з ризиком утворення слизової пробки.
- **Переміщення пацієнта в ядерному, біологічному та хімічному середовищі.**
 - Поранених при ядерному чи хімічному ураженні потрібно знезаразити зовні та виділити час на дегазацію залишкових хімічних речовин.
 - Переміщення постраждалих від біологічного ураження залежить від характеру речовини, механізму її перенесення та періоду заразності під час захворювання.
 - Будь-яке авіапереміщення пацієнтів з ядерного, біологічного або хімічного середовища може бути відкладене у зв'язку із такими чинниками:
 - ◆ Період знезараження літака;
 - ◆ Наявність незараженого екіпажу;
 - ◆ Збирання пацієнтів, які були наражені на однаковий вплив;

- ♦ Карантинні хвороби (наприклад, чума і віспа) вимагають спеціального дозволу (командного і дипломатичного) перед евакуацією повітрям;
- ♦ Хімічно або радіаційно заражених пацієнтів необхідно дезактивувати перед тим, як вони потраплять до системи евакуації повітрям, окрім випадків, коли командири Об'єднаного командування стратегічних переміщень ВС США відадуть інший наказ.

Порядковість медичної евакуації

- Залежно від служби і типу засобів евакуації, які використовуються, а також від середовища часові рамки проведення евакуації можуть різнитися (див. Таблицю 4-1).

Таблиця 4-1. Порядковість евакуації*

Порядковість переміщення	СВ, флот, морська піхота	ВПС	Опис
Терміновий	В межах 2 годин	Якнайшвидше	Негайна аеромедична евакуація для порятунку життя, кінцівок чи зору
Пріоритетний	В межах 4 годин	В межах 24 годин	Оперативна медична допомога на місці не доступна Стан може погіршитися, пацієнт не може чекати на звичайну аеромедичну евакуацію
Звичайний	В межах 24 годин	В межах 72 годин або наступною доступною місцією	Не передбачається, що стан суттєво погіршиться під час очікування на переміщення

*Часові рамки можуть змінюватися залежно від стану конкретного пацієнта та логістичних обмежень.

- **Система евакуації повітрям ВПС США.** Система евакуації повітрям ВПС США потребує доступності безпечного посадкового майданчика, який може підтримувати платформи з нерухомим крилом, які використовують для перевезення постраждалих. Евакуація повітрям — це регульована транзитна видима система, яка застосовує низку доречних повітряних суден з відповідними медичними бригадами та обладнанням. В основному це С-

130, КС-135 і С-17. Медичні бригади складаються із медсестер авіаційного підрозділу, авіамедичних працівників середньої ланки і молодшого медичного персоналу, навченого надавати типову допомогу для стабілізації стану пацієнтів під час транспортування. Ця система не передбачена для первинного/місцевого реагування.

- Персонал та обладнання авіаевакуаційної системи для підтримуючого догляду за пацієнтом під час польоту та операцій з обслуговування на аеродромі.
- Організована система комунікації для лікувальних закладів та органів керівництва та управління повітряними перевезеннями.
 - ◆ Група зв'язку служби повітряної медичної евакуації: група зв'язку із 4-6 осіб, яка зазвичай розташована поряд із лікувальним закладом, для координації запитів до системи медичної евакуації повітрям.
- Етапні пункти медичної евакуації повітрям зазвичай розміщуються в основних транзитних точках і займаються обробкою адміністративних даних та плануванням етапності, а також надають обмежену медичну допомогу постраждалим, які надходять або проходять через систему авіамедичної евакуації. Перед евакуацією пацієнтів зазвичай утримують 2-6 годин.
 - ◆ Етапні пункти медичної евакуації повітрям можуть відрізнитися за розміром/можливостями: від невеликих підрозділів, розгорнутих на підтримку сил спеціального призначення, до закладів на 100 ліжок.
- **Повідомлення про необхідність авіамедичної евакуації пацієнта.** Лікар, який надавав допомогу, повинен проконсультуватися із місцевим авіаційним лікарем, щоб визначити план надання допомоги в дорозі та час евакуації.

Через складність системи авіамедичної евакуації лікарям потрібно визначити контактних осіб (місцевих авіаційних лікарів, групу зв'язку повітряної медичної евакуації, авіамедичні етапні пункти і Центр забезпечення транспортних засобів для перевезення пацієнтів), перевірити та випробувати засоби зв'язку і провести навчання з евакуації пацієнтів та відпрацювати відповідні процедури до виникнення реальної потреби.

- **Стабільність пацієнта.** Стан пацієнтів, затверджених для авіамедичної евакуації, необхідно якнайбільше стабілізувати перед евакуацією (забезпечити роботу дихальних шляхів, контроль за кровотечею та знерухомилення переломів).
 - Повідомити про стан, евакуаційну категорію (амбулаторний чи на носіях) та порядковість (див. Таблицю 4-1) пацієнта в Центр забезпечення транспортних засобів для перевезення пацієнтів, наскільки це дозволяють можливості комунікації (див. Таблицю 4-2).
 - Для забезпечення оптимальної допомоги зв'яжіться із приймаючим лікарем та передайте йому інформацію про діагноз, надану допомогу і подальший план лікування (на наступні 24-48 годин).
 - Переконайтесь, що у пацієнта є належна кількість запасів та медикаментів на період перевезення (щонайменше на 24 години для внутрішньотеатрального та на 48 годин для міжтеатрального перевезення).

Таблиця 4-5. Контактна інформація Центру забезпечення транспортних засобів для перевезення пацієнтів

Центр забезпечення транспортних засобів для перевезення пацієнтів	Комерційний номер телефону	Військовий номер телефону
Світовий (База ВПС Скотт, штат Іллінойс)	1-800-303-9301 або 1-800-874-8966	DSN 779-4200
Європейське командування військ зв'язку (База ВПС Рамштайн, Німеччина)	011-49-6371-47-2264 або 2235	DSN 314-480-2264 або 2235
Тихоокеанське командування військ зв'язку (База ВПС Гікам, Гаваї)	808-448-1602	DSN 315-448-1602

- **Обов'язки місцевого авіаційного лікаря:**
 - Уповноважений визначати, чи пацієнти фізіологічно готові для транспортування повітрям;
 - Джерело інформації, комунікації та координації при авіамедичній евакуації (Таблиця 4-3).

Таблиця 4-3. Процес авіамедичної евакуації

Діяльність	Місце здійснення діяльності
Запит на місію авіамедичної евакуації (форму див. в кінці розділу)	Лікар, який надавав допомогу після поступлення до лікувального закладу
Схвалення авіамедичної евакуації	Центр забезпечення транспортних засобів для перевезення пацієнтів (встановлює вимоги авіамедичної евакуації)
Дозвіл на переміщення повітрям	Лікувальний заклад (скеровуючий лікар та місцевий авіаційний лікар)

- **Запити та вимоги.** Запит на авіамедичну евакуацію та **вимоги** переміщення пацієнта — це різні речі. Лікарі лікувальних закладів, з яких необхідно вивести пацієнта, подають запит на переміщення, в якому зазначають час, місце призначення, орієнтовні методи лікування тощо. Лише борто-

вий лікар, який має право схвалення (зазвичай перебуває в Центрі забезпечення транспортних засобів для перевезення пацієнтів; не місцевий бортовий лікар), та Центр забезпечення транспортних засобів для перевезення пацієнтів схвалюють такі запити, які після цього стають вимогами авіамедичної евакуації.

● **Схвалення та дозвіл для авіамедичної евакуації ВПС США.**

- **Дозвіл на авіамедичну евакуацію** — це питання медичної допомоги; схвалення — питання логістичне.
- **Дозвіл** — це рішення скеровуючого лікаря і місцевого авіаційного лікаря щодо:
 - ◆ Опису медичних показів пацієнта;
 - ◆ Імовірності того, що пацієнт витримає перевезення повітрям;
 - ◆ Того, що потрібне пацієнту для безпечного перевезення;
 - ◆ Вимог до медичних можливостей під час транспортування.

● **Головні кроки для подання запиту на авіамедичну евакуацію пацієнта.**

- Зв'яжіться із місцевим авіаційним лікарем та Групою зв'язку служби повітряної медичної евакуації для отримання консультації щодо дозволу.
- Визначте категорію авіамедичної евакуації пацієнта на основі його діагнозу та здатності пацієнта надати собі допомогу в разі невідкладної ситуації під час польоту.
- Визначте необхідність присутності Команди критичної опіки повітряного транспортування (див. наступну сторінку). Команда критичної опіки повітряного транспортування додає ще один рівень підтримки системи авіамедичної евакуації для переміщення пацієнтів зі стабільним станом, які потребують вищого рівня медичного лікування або у яких потенційно може погіршитися стан під час перевезення. Лікар Команди критичної опіки повітряного транспортування — це клінічний керівник, який разом із іншими членами команди відповідальний за документацію та надання допомоги. Членів Команди критичної опіки повітряного транспортування можна покликати для консультації та/або допомоги при лікуванні пацієнтів.
- Опікова транспортна бригада, яка складається із п'яти осіб, може підсилити систему авіамедичної евакуації при інгаляційних пораненнях та/або сильних опіках.
- Визначте, чи є особливі вимоги до транспортування (напр., обмеження тиску в кабіні чи накладення шин).
- Визначте, що потрібно для переміщення пацієнта (напр., апарат для штучної вентиляції легень, пульсоксиметр тощо). Авіаційний лікар повинен перевірити, чи усі речі, які супроводжують пацієнта, дозволені для використання під час польоту.
- Визначте порядковість переміщення пацієнта.
- Подайте запит.

Вибір Команди критичної опіки повітряного транспортування для пацієнта

Ухвалюючи рішення щодо того, чи постраждалому потрібна допомога Команди критичної опіки повітряного транспортування, лікар має оцінити вимоги, які виникнуть у постраждалого під час перевезення.

Базове визначення пацієнта Команди критичної опіки повітряного транспортування

До пацієнтів, яким необхідне транспортування у супроводі Команди критичної опіки повітряного транспортування, належать ті, що потребують постійного інтенсивного догляду, постійного гемодинамічного моніторингу або іншого медичного чи хірургічного втручання для збереження життя, кінцівок та зору під час перевезення пацієнта за допомогою авіамедичної евакуації.

Для забезпечення успіху місії Команду критичної опіки повітряного транспортування необхідно задіювати для перевезення пацієнта, якщо є будь-які з описаних нижче критеріїв.

Задіюйте Команди критичної опіки повітряного транспортування, якщо пацієнт:

- Інтубований;
- Потребує інтенсивної інфузійної терапії або якщо йому перелили більше, ніж 10 одиниць препаратів крові протягом останніх 24 годин;
- Потребує поповнення втрати крові або вазопресорної підтримки;
- Потребує інвазивного гемодинамічного моніторингу або моніторингу внутрішньочерепного тиску;
- Потребує частого відсмоктування або небулайзерної терапії;
- Має підвищену потребу в кисні;
- Проїшов реконструкцію судин;
- Має нестабільну стенокардію;
- Має захворювання, яке вимагає почати/продовжити використання крапельниці для полегшення болю, антикоагуляції тощо, під час польоту;
- Має нестабільний перелом хребта;
- Потребує для руху вакуумної спінальної дошки;
- Має змінений психічний стан;
- Потребуватиме заміни електроліта та моніторингу під час польоту.

Якщо виникає питання щодо того чи іншого пацієнта, чий стан не відповідає переліченим вище критеріям, скеровуючий лікар повинен зв'язатися із хірургом, уповноваженим схвалювати запити на перевезення за допомогою Команди критичної опіки повітряного транспортування. Консультації з усіма залученими медичними працівниками — один із визначальних чинників використання відповідних ресурсів для безпечного перевезення пацієнта.

Команди критичної опіки повітряного транспортування

Анестезіолог-реаніматолог

- Може надавати короткотермінову підтримку життєво важливих функцій, в тому числі введення інтубаційної трубки, управління апаратом

штучної вентиляції легень та обмежені інвазивні (консервативні) процедури.

- Закінчив курс реаніматології, загальної хірургії, анестезіології та невідкладної медицини.

Медсестра з догляду за тяжкими пацієнтами

- Має досвід у веденні пацієнтів, які потребують штучної вентиляції легень, інвазивного моніторингу та гемодинамічної підтримки.

Серцево-судинний лаборант

- Має досвід у веденні пацієнтів, які потребують штучної вентиляції легень та інвазивного моніторингу.
- Має досвід в усуненні несправності апарату штучної вентиляції легень, портативних лабораторних пристроїв і систем моніторингу.

Після того як буде визначено, що пацієнту необхідна допомога Команди критичної опіки повітряного транспортування, наступний крок полягатиме в тому, щоб підготувати його до перевезення. Найважливішим аспектом при забезпеченні успішного перевезення тяжкохворого або пораненого пацієнта є підготовчий етап. Щоб виконати це завдання, заклад, який відправляє пацієнта, повинен пересвідчитися, що усі пункти міжтеатрального транспортного контрольного листа виконано (див. попередню сторінку).

Після прибуття Команди критичної опіки повітряного транспортування їй потрібно надати особистий звіт і таким чином звернути її увагу на будь-які зміни в стані пацієнта. Якщо це можливо, найкраще, щоб скеровуючий лікар поспілкувався безпосередньо із лікарем Команди критичної опіки повітряного транспортування перед відправленням. Це забезпечить плавний перехід функцій надання допомоги.

Вимоги до гуманітарного транспорту

- Процес організації рутинних гуманітарних евакуацій з театру бойових дій може зайняти більше 6 місяців.
- Належний вибір пацієнтів — критично важливий. Оптимально, щоб ці пацієнти мали єдину виліковну і стабільну проблему.
- Брак належної медичної допомоги в країні перебування необхідно підтвердити і задокументувати. Надання медичної допомоги в регіоні надають перевагу порівняно із перевезенням пацієнта до континентальних Сполучених Штатів.
- Успішність окремих випадків гуманітарної евакуації з театру бойових дій малоімовірна без палкого захисника. Персоналізація випадку за допомогою фотографій та переконливої розповіді відіграють вирішальну роль у досягненні успіху.
- Процес схвалення — складний і потребує узгодження із місцевим посольством США та Держдепартаментом, медичними чиновниками в країні перебування та міністерствами закордонних справ або відповідними організаціями в країнах транзиту.

Маршрутний лист переміщень між театрами воєнних дій

Ім'я _____ Дата народження _____
 Номер соцстрахування _____ Заклад поступлення _____
 Заклад переведення _____ Дата _____

ВТРУЧАННЯ	Позначка
<p>Перевезення пацієнта затверджене, документи підготовлені для польоту</p> <ul style="list-style-type: none"> –Форма ВПС 3899, протокол перевезення пацієнта заповнено –Приймаючий лікар закладу переведення та опікова/пульмонологічна бригада повідомлені належним чином –Визначте потребу медичного/немедичного супроводу або команди критичної опіки повітряного транспортування –Переконайтесь, що ідентифікаційна картка/паспорт/розпорядження при пацієнтові 	
<p>Питання перевезення пацієнта</p> <ul style="list-style-type: none"> –Максимально стабілізуйте стан пацієнта перед перельотом (див. Інструкцію військово-повітряних сил 41-307, Аеромедична евакуація: міркування щодо пацієнта та стандарти надання допомоги) –Оцініть потребу у спеціальному обладнанні чи відмові від обладнання –Оцініть необхідність фіксації –Оцініть необхідність застережних заходів ізоляції –Оцініть необхідність нош особливо великого розміру для пацієнтів вагою понад 350 фунтів (159 кг) (зелені/чорні деконтамінаційні носі, включаючи пацієнта і обладнання) –Оцініть необхідність ліжка з рамою Stryker (для стабілізації хребта/витяжки/пронації) –Оцініть потребу введення препаратів крові під час польоту; встановіть контакт із банком крові відповідно до процедури 	
<p>Підготовка пацієнта</p> <ul style="list-style-type: none"> –Переконайтесь, що ідентифікаційні знаки та стрічки із позначеними алергіями — на пацієнті –Заповніть розпорядження щодо догляду за пацієнтом, випсане для догляду під час польоту –Фармацевтичні замовлення, передані для підготовки медикаментів –Нещодавно екстубовані пацієнти повинні перебувати в стабільному стані не менше 4 годин з моменту екстубації (якщо інше не схвалено лікарем команди критичної опіки повітряного транспортування) –Перевірте прохідність дихальних шляхів; вставте/закріпіть внутрішньотрахеальну трубку –Забезпечте належний та функціональний доступ до крапельниці; закріпіть, промаркуйте трубки крапельниці назвами лікувальних рідин для швидкої ідентифікації –Вставте та закріпіть внутрішньоартеріальний катетер; переконайтесь, що датчик правильно розміщений і легкодоступний 	

- Вставте катетер Фолея пацієнтам, які мають труднощі з пересуванням, або які не можуть використовувати підкладне судно/сечоприймач
- Пацієнти на штучній вентиляції легень:
 1. Переведіть на апарат штучної вентиляції легень транспортного засобу щонайменше за 2 години до польоту, щоб забезпечити переносимість
 2. Зробіть/перегляньте рентген/показники газів артеріальної крові до польоту
 3. Проведіть відсмоктування безпосередньо перед перельотом
- Замініть пов'язки якнайближче до моменту відправлення пацієнта
- Проведіть необхідні заходи протидії озброєним викраденням транспортних засобів і заповніть відповідну документацію
- Випорожніть катетер Фолея та всі дренажі безпосередньо перед відправленням
- Зафіксуйте та задокументуйте життєво важливі показники/лабораторні аналізи/поглинання і вивільнення тощо на момент виписки
- Введіть знеболювальне/заспокійливе

Інші аспекти підготовки

- Забезпечте належні запаси кисню для транспортування
- Забезпечте усе необхідне обладнання та запаси для транспортування
- Забезпечте наявність продуктів крові
- Забезпечте наявність препаратів та рідин для крапельниці
- Забезпечте наявність копій медичної карти, рентгенівських знімків тощо
- Зберіть особисте майно й усю пов'язану документацію
- Проінструкуйте пацієнта (напр., щодо лікарських препаратів, які він може вживати самостійно)

Ноші для пацієнта

- Підготуйте зелені/чорні деконтамінаційні ноші з м'якою підкладкою та чистою постільною білизною (опора для спини та штатив для внутрішньовенних вливань - якщо необхідно)
- Покладіть пацієнта належним чином; додайте та закріпіть обладнання
- Накрийте пацієнта простиралами і ковдрами
- В узголів'ї нош покладіть мішок Амбу з маскою

Медичний/немедичний супровід

- Переконайтеся в наявності оригіналів наказу на виліт у район виконання бойового завдання та проїзних документів для повернення до зони відповідальності
- Призначте координатора прибуття та відправлення; узгодьте запланований маршрут до зони відповідальності

Джерело даних: Вказівки щодо переміщень між театрами воєнних дій за Об'єднаною системою лікування травм.

- Усіх евакуйованих дітей повинен супроводжувати дорослий. Тими, кому необхідний військовий транспорт, повинна займатися особа, призначена міністром оборони.
- Координація передбачає також поїздки до приймаючого медичного закладу в континентальній частині США, отримання дипломатичного дозволу на транзит на період очікування в третій країні на транспорт та порядок забезпечення зворотного повернення транспорту. Дозвіл має розповсюджуватися як на пацієнта, так і на супроводжуючу особу, яка не є медичним працівником.
- Для отримання допомоги скontaktуйтеся із Центром прийняття запитів на перевезення пацієнтів.

Для ознайомлення з клінічними рекомендаціями див.
http://usaisr.amedd.army.mil/clinical_practice_guidelines.html