

EMS PATIENT REPORT FOR DRUG EXCHANGE ONLY

Date : Department Name Run Number

Patients First/Last Name Age

Chief Complaint

History of Present Illness/MOI

Past Medical History <input type="checkbox"/> None	Allergies-list below <input type="checkbox"/> NKA	Patients Medications-list below
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Time	BP	Pulse	Resp	SPO2 %	Glucometer	Other Pertinent Information
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Time	Medication Given	Dose/Route	Time	Narcotic Given	Amount Wasted	Witness Signature
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Crew Member Signature