

## EMS PATIENT REPORT FOR DRUG EXCHANGE ONLY

Date :  Department Name  Run Number

Patients First/Last Name  Age

**Chief Complaint**

**History of Present Illness/MOI**

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