

WZÓR

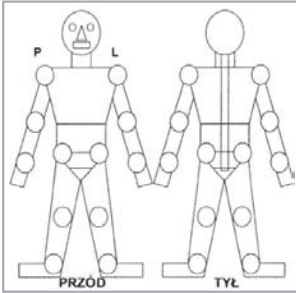
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	Kod ZRM realizującego zlecenie:	Nr zlecenia wyjazdu:
--	---------------------------------	----------------------

I - WYWIAD

	MIEJSCE ZDARZENIA w domu..... <input type="checkbox"/> w miejscu publicznym..... <input type="checkbox"/> w ruchu uliczno-drog..... <input type="checkbox"/> w pracy <input type="checkbox"/> w szkole..... <input type="checkbox"/> w rolnictwie..... <input type="checkbox"/>
--	---

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE OTWIERANIE OCZU spontanicznie.....4 na głos.....3 na ból.....2 brak.....1 REAKCJA SŁOWNNA zorientowany.....5 splątany.....4 niewłaściwe słowa.....3 niezrozumiałe dźwięki.....2 brak.....1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 ucieczka od bólu.....4 zgjęciowa.....3 wyprostna.....2 brak.....1 SUMA	RTS CZ. ODDECHÓW 10-29.....4 >29.....3 6-9.....2 1-5.....1 brak.....0 RR SKURCZOWE >89.....4 76-89.....3 50-75.....2 1-49.....1 0.....0 GCS 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 SUMA	UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów... <input type="checkbox"/> /min duszność..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> sinica..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> bezdech..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> szmer prawidł. L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> furczenie..... <input type="checkbox"/> świsty..... <input type="checkbox"/> trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> rzęzenie..... <input type="checkbox"/> brak szmeru..... <input type="checkbox"/> Inne:..... <input type="checkbox"/> Saturacja..... %	ŻRENICĘ Reakcja na światło: prawidłowa..... L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> powolna..... <input type="checkbox"/> brak..... <input type="checkbox"/> szerokość: normalna..... L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> wąska..... <input type="checkbox"/> szeroka..... <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwichnięcie S Stłuczenie R Rana K Krwotok z rany M Zmiażdżenie A Amputacja N Ból nieurazowy P Oparzenie <input type="checkbox"/> stopnia <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> stopnia <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> oparzenie wziewne
CIŚNIENIE TĘTNICZE <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> mm Hg					
TEJNO miarowe <input type="checkbox"/> /min niemiary <input type="checkbox"/>					
Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego <input type="checkbox"/> penetrujące rany głowy i łukowia lub urazy tępe <input type="checkbox"/> z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych <input type="checkbox"/> głowy, klatki piersowej i brzucha <input type="checkbox"/> amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia <input type="checkbox"/> rozległe zmiżdżenia kończyn <input type="checkbox"/> uszkodzenie rdzenia kręgowego <input type="checkbox"/> złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów <input type="checkbox"/> złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyny lub miednicy					

OBJAWY wstrząs..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NZK..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> obj. oponowe..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> drgawki..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> afazja..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> wymioty..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> biegunka..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> krwawienie..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> obrzęki..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> zastabnięcie..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> INNE ciąża..... T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> poród..... T <input type="checkbox"/> chor. zakaźna..... T <input type="checkbox"/>	SKÓRA Wygląd: w normie..... <input type="checkbox"/> blada..... <input type="checkbox"/> rumień..... <input type="checkbox"/> zażółcenie..... <input type="checkbox"/> sinica obw..... <input type="checkbox"/> sinica centr..... <input type="checkbox"/> Wilgotność: w normie..... <input type="checkbox"/> wilgotna..... <input type="checkbox"/> sucha..... <input type="checkbox"/> Temperatura: w normie..... <input type="checkbox"/> chłodna..... <input type="checkbox"/> ciepła..... <input type="checkbox"/>	JAMA BRZUSZNA w normie..... <input type="checkbox"/> bolesność palpacyjna..... <input type="checkbox"/> brak perystaltyki..... <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe..... <input type="checkbox"/> OCENA PSYCHO-RUCH. w normie..... <input type="checkbox"/> spowolniały..... <input type="checkbox"/> pobudzony..... <input type="checkbox"/> agresywny..... <input type="checkbox"/>	TONY SERCA czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/> stłumione..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> NIEDOWŁAD / PORAZENIE L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> kończyzna górna..... <input type="checkbox"/> kończyzna dolna..... <input type="checkbox"/> ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> POZIOM GLUKOZY <input type="checkbox"/> mg% <input type="checkbox"/> g/l	EKG Rytm zatokowy..... <input type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa..... <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa..... <input type="checkbox"/> Migotanie/przepotanie przedsionków..... <input type="checkbox"/> AV blok..... <input type="checkbox"/> sVES..... <input type="checkbox"/> VES..... <input type="checkbox"/> VF/VT..... <input type="checkbox"/> Asystolia..... <input type="checkbox"/> PEA..... <input type="checkbox"/> Rozrusznik..... <input type="checkbox"/> OZW..... <input type="checkbox"/> Zawał..... <input type="checkbox"/> Inne:.....	OPIS
---	---	--	--	---	-------------

III - ROZPOZNIANIE

OPIS

KOD ICD10	KOD ICD10	KOD CB10
-----------	-----------	----------

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kolnier..... <input type="checkbox"/> linia żyl. obw..... <input type="checkbox"/> went. workiem..... <input type="checkbox"/> stymulacja zew..... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> linia żyl. cent..... <input type="checkbox"/> rurka UG..... <input type="checkbox"/> kardiowersja..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> cewnikowanie..... <input type="checkbox"/> intubacja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie..... <input type="checkbox"/> sonda żołąd..... <input type="checkbox"/> respirator..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> monitorowanie..... <input type="checkbox"/> tlenoter. bierna... <input type="checkbox"/> teletransmisja..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/>	ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa, dawka, droga podania)
ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU 	

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

DANE PACJENTA Imię: Nazwisko: Adres zamieszkania:..... ul:.....nr:.....m:..... Rodz. i nr. dok. tożsamości:	Ident. NFZ: Data urodzenia / wiek: NUMER PESEL pacjenta: Podpis i pieczęć kierownika ZRM: Zespół (SIP)	Decyzja podmiotu leczniczego: <input type="checkbox"/> Przyjęcie pacjenta <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia pieczęć IP/SOR podpis i pieczęć lekarza Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym: data.....godz.....min..... Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat. data.....godz.....min.....
data udzielenia pomocy		

⁴¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 29 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.