

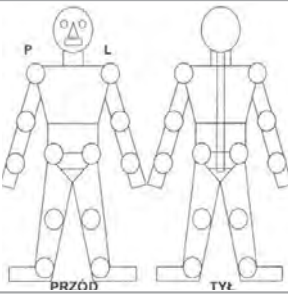
**KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH**

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

**I - WYWIAD**

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

**II - BADANIE**

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

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

**III - ROZPOZNANIE**

OPIS	KOD ICD10	KOD CB10	KOD ICD16
------	-----------	----------	-----------

**IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM**

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

**V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA**

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