

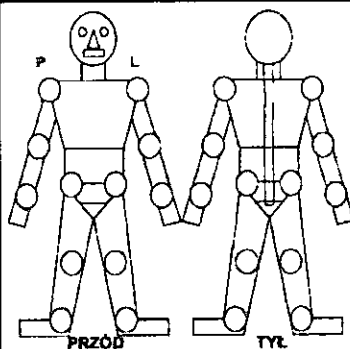
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

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 ulicznego-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 SŁOWNA zorientowany.....5 splątany.....4 niewłaściwe słowa.....3 niezrozumiałe dźwięki.....2 brak.....1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 ucieczka od bólu.....4 zgięciowa.....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...../min duszność..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sinica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bezdech..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szmer prawidł..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> furczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rzęzenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak szmeru..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Saturacja.....%	ŻRENICE Reakcja na światło: prawidłowa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> powolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szerokość: normalna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wąska..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szeroka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwłknięcie S Stłuczenie R Rana K Krwotok z rany M Zmiazdzenie A Amputacja N Ból nieurazowy P Oparzenie stopnia.....% stopnia.....% oparzenie wżewne.....%
---	---	---	--	--	--

OBJAWY wstrząs..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NZK..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obj. oponowe..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> drgawki..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> afazja..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wymioty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> biegunka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krwawienie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obrzęki..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zaciężnienie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INNE ciąża..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> poród..... <input type="checkbox"/> chor. zakaźna..... <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..... <input type="checkbox"/> 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 kończyna górna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kończyna dolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> POZIOM GLUKOZY mg% g/l	EKG Rytm zatokowy..... <input type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa..... <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa..... <input type="checkbox"/> Migotanie / trzepotanie 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..... <input type="checkbox"/>	OPIS
---	--	---	---	---	-------------

III - ROZPOZNANIE

OPIS	KOD IC310	KOD IC315	KOD IC315
------	-----------	-----------	-----------

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kołnierz..... <input type="checkbox"/> linia żył. obw..... <input type="checkbox"/> went. workiem..... <input type="checkbox"/> stymulacja zew..... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> linia żył. 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)
--	--

ZAŁECENIA / 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:..... data udzielenia pomocy.....	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.....
--	--	--