

Oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych

Numer karty nadany przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych

KARTA INDYWIDUALNA RATOWNIKA MEDYCZNEGO

Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego (rrrr-mm-dd gg:mm)

DANE PACJENTA

pleć: K ☐ M ☐

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO*

Imiona:

Imiona:

Nazwisko:

Nazwisko:

Adres miejsca zamieszkania:

Adres miejsca zamieszkania:

* Rubrykę wypełnia się, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody na udzielenie jej świadczeń zdrowotnych.

PESEL*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* W przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

I - WYWIAD

II - OPIS STANU ZDROWIA PACJENTA

SKALA GLASGOW

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
zgięciowa 3
wyprostna 2
brak 1

SUMA

PEDIATRYCZNA SKALA GLASGOW

OTWIERANIE OCZU
spontanicznie 4
na głos 3
na ból 2
brak 1

REAKCJA SŁOWNNA

mowa dziecinną 5
pobudzony 4
placz 3
jęczenie 2
brak 1

REAKCJA RUCHOWA

prawidłowe poruszanie się 6
spełnia polecenia 5
lokalizacja bólu 4
zgięciowa 3
wyprostna 2
brak 1

SUMA

UKŁAD ODDECHOWY

duszność

T	N
---	---

sinica

T	N
---	---

bezdech

T	N
---	---

szmer

L	P
---	---

prawidłowy

--	--

furczenie

--	--

świsły

--	--

trzeszczenie

--	--

ręczenie

--	--

brak szmeru

--	--

inne:

--	--

ŻRENICZE

Reakcja na światło

L	P
---	---

prawidłowa

--	--

powolna

--	--

brak

--	--

Szerokość

L	P
---	---

normalna

--	--

wąska

--	--

szeroka

--	--

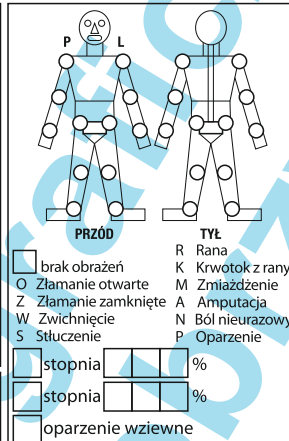
TĘTNO

miarowe

--	--

niemiarowe

--	--

	PRZÓD TYŁ R Rana K Krwotok z rany M Zmiazdzenie Z Złamanie zamknięte A Amputacja N Ból nieurazowy P Oparzenie ☐ brak obrażeń ☐ złamanie otwarte ☐ złamanie zamknięte ☐ złuszczenie ☐ stłuczenie ☐ stopnia <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> % ☐ stopnia <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> % ☐ oparzenie wżewne						

OBJAWY

wstrząs

T	N
---	---

NZK

T	N
---	---

obj. oponowe

T	N
---	---

drgawki

T	N
---	---

afazja

T	N
---	---

wymioty

T	N
---	---

biegunka

T	N
---	---

krwawienie

T	N
---	---

obrzęki

T	N
---	---

zastąpienie

T	N
---	---

INNE

cięża

T	N
---	---

poród

T	N
---	---

chor. zakaźna

T	N
---	---

SKÓRA

Wygląd

--	--

w normie

--	--

błada

--	--

rumień

--	--

zażółcenie

--	--

sinica obw.

--	--

sinica centr.

--	--

Wilgotność

--	--

w normie

--	--

wilgotna

--	--

sucha

--	--

Temperatura

--	--

w normie

--	--

chłodna

--	--

ciepła

--	--

JAMA BRZUSZNA

w normie ☐
bolesność palpacyjna ☐
brak perystaltyki ☐
objawy otrzewnowe ☐

TONY SERCA

czyste/głośnie ☐
stłumione ☐
inne: ☐

NIEDOWŁAD / PORAZENIE

kończyna górna

L	P
---	---

kończyna dolna

--	--

ZAPACH Z UST

rozpuszczalnik organiczny ☐
alkohol ☐
inne: ☐

EKG

rytm zatokowy ☐
tachykardia nadkomorowa ☐
tachykardia komorowa ☐
migotanie/trzepotanie przedsionków ☐
AV blok ☐
sVES ☐
VES ☐
VF/VT ☐
asystolia ☐
PEA ☐
rozrusznik ☐
OZW ☐
inne: ☐

POMIAR CZASOWY

gg:mm

--	--	--	--	--	--

RR ($\frac{mm}{Hg}$)

--	--	--	--	--	--

HR (/min)

--	--	--	--	--	--

częstość oddechów (/min)

--	--	--	--	--	--

saturacja(%)

--	--	--	--	--	--

EtCO₂(%)

--	--	--	--	--	--

GCS (pkt)

--	--	--	--	--	--

poziom glukozy (mg%/mmol/l)

--	--	--	--	--	--

ból (1-10)

--	--	--	--	--	--

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na:
☐ udzielenie świadczenia zdrowotnego
☐ przewiezienie do szpitala
Oświadczam również, że udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania.
data godz
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

OPIS

III - ROZPOZNANIE

KOD ICD10

IV - UDZIELONE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

CZYNNOŚCI

odsysanie ☐ tlenoter. bierna ☐ kołnierz ☐ linia żył. obw. ☐
went. workiem ☐ defibrylacja ☐ deska ortoped ☐ monitorowanie ☐
rurka UG/NG ☐ masaż serca ☐ materac próż ☐
intubacja ☐ teletransmisja ☐ unieruchomienie ☐ inne:
maska/rurka krt. ☐ cewnikowanie ☐ opatrunek ☐
respirator ☐ sonda żołądkowa ☐

ZAŁECZENIA / UWAGI

Postępowanie z pacjentem

gg:mm

--	--	--	--

☐ pozostał w miejscu zdarzenia ☐ przekazany zespołowi ratownictwa medycznego ☐ inne:
☐ oddał się samowolnie ☐ przekazany do szpitalnego oddziału ratunkowego
☐ przekazany Policji ☐ przekazany do izby przyjęć

Data, podpis i pieczęć ratownika medycznego

ZASTOSOWANE PRODUKTY LECZNICZE ORAZ WYROBY MEDYCZNE

nazwa	dawka, ilość	droga podania	gg:mm

Kopię karty wydano: ☐ pacjentowi ☐ podmiotowi leczniczemu ☐ inne