

KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)

Kod ZRM realizującego zlecenie

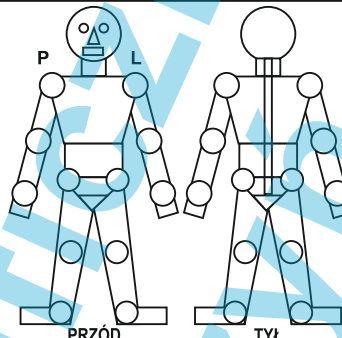
Nr zlecenia wyjazdu:

I - WYWIAD

MIEJSCE ZDARZENIA

w domu ☐
w miejscu publicznym ☐
w ruchu ulicznym-drog. ☐
w pracy ☐ w szkole ☐
w rolnictwie ☐

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE OTWIERANIE OCZU spontanicznie4 na głos3 na ból2 brak1 REAKCJA SŁOWNA zorientowany5 spłątany4 niewłaściwe słowa3 niezrozumiałe dźwięki2 brak1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia6 lokalizacja bólu5 ucieczka od bólu4 zgięciowa3 wyprostna2 brak1 SUMA	RTS CZ. ODDECHÓW 10-294 >293 6-92 1-51 brak0 RR SKURCZOWE >894 76-893 50-752 1-491 00 GCS 13-154 9-123 6-82 4-51 30 SUMA	UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów...../min duszność..... T N sinica..... T N bezdech..... T N szerokość: L P szmer prawidł. furczenie..... świsty..... trzeszczenie..... rżenie..... brak szmeru..... Inne..... Saturacja..... %	ŻRZENIE Reakcja na światło: L P prawidłowa..... powolna..... brak..... szerokość: L P normalna..... wąska..... szeroka..... CIŚNIENIE TĘTNICZE/..... mm Hg TĘTNO miarowe/min niemiar.	 PRZÓD TYŁ ☐ brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwichnięcie S Stłuczenie R Rana K Krwotok z rany M Zmiażdżenie A Amputacja N Ból neuropatyczny P Oparzenie stopnia % stopnia % oparzenie wżewne Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego ☐ penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych, głowy, klatki piersiowej i brzucha ☐ amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia ☐ rozległe zmiażdżenia kończyn ☐ uszkodzenie rdzenia kręgowego ☐ złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów ☐ złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy
--	--	---	---	--

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 zasklepienie..... T N INNE ciąża..... T N poród..... T chor. zakaźna..... T	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..... OCENA PSYCHO-RUCH. w normie..... spowolniały..... pobudzony..... agresywny.....	TONY SERCA czyste/głośnie..... stłumione..... inne..... NIEDOWŁAD / PORAZENIE L P kończyna górna kończyna dolna ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... alkohol..... inne..... POZIOM GLUKOZY mg% g/l	EKG Rytm zatokowy..... Tachykardia nadkomorowa..... Tachykardia komorowa..... Migotanie / trzępotanie przedsionków..... AV blok..... sVES..... VES..... VF/VT..... Asystolia..... PEA..... Rozrusznik..... OZW..... Zawał..... Inne.....	OPIS
---	---	--	--	---	-------------

III - ROZPOZNANIE

OPIS	KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10
-------------	-----------	-----------	-----------

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI odsysanie..... went. workiem..... rurka UG..... intubacja..... respirator..... tlenoter. bierna..... defibrylacja..... stymulacja zew..... kardiowersja..... masaż serca..... EKG..... teletransmisja..... kołnierz..... deska ortoped..... materac próżn..... unieruchomienie..... opatrunek..... inne..... linia żył. obw..... linia żył. centr..... cewnikowanie..... sonda żołąd..... monitorowanie.....	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: data udzielenia pomocy:.....	Decyzja podmiotu leczniczego: ☐ Przyjęcie pacjenta ☐ 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.....
---	--	---