strona 1 strona 2

A

.....
SZPITAL/KOSTNICA

..... : .....
GODZ.

A

.....
NR OPERATORA AMBULANSU

..... : .....
GODZ.

KARTA SEGREGACYJNA

A

Data:_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ godz: ___:___

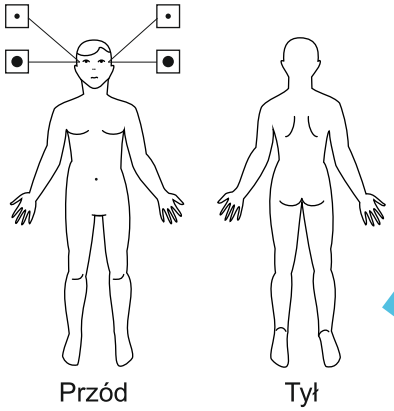
Miejsce:_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Zaznacz właściwe ✔

Niedrożność dróg oddechowych	☐ Tak	☐ Nie
Niewydolność oddechowa	☐ Tak	☐ Nie
Niewydolność krążenia/ wstrząs	☐ Tak	☐ Nie
Zaburzenia świadomości	☐ Tak	☐ Nie
Obrażenia wielomiejscowe	☐ Tak	☐ Nie

Płeć ♀ ☐ ♂ ☐

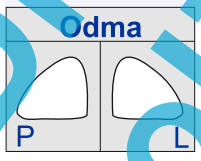
Wiek ☐



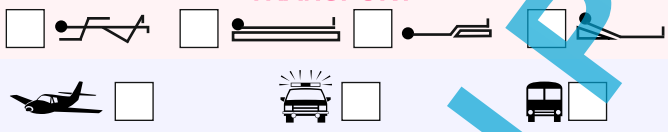
Obrażenia

- Rana powierzchowna X
- Uraz drążący ⊗
- Uraz tępy ○
- Amputacja
- Złamanie
- Inne.....

Odma



TRANSPORT



ZMARŁY GODZ:

A

① **POMOC NATYCHMIASTOWA** ①

A

② **POMOC PILNA** ②

A

③ **POMOC ODROCZONA** ③

A

ODCINEK DLA AMBULANSU

ODCINEK DLA PUNKTU DYSPOZYCYJNEGO

ZP Golub-Dobrzyń, (56) 683 25-39

PODSTAWOWE PARAMETRY ŻYCIOWE I LECZENIE

Czas	Świadomość	Oddech	Tętno na TT promieniowych	Nawrót kapilarny >2 sek.	Ciśnienie tętnicze
	pełna dezorientacja nieprzytomny				
	pełna dezorientacja nieprzytomny				
	pełna dezorientacja nieprzytomny				

Czas	Leki	Postać	Dawka

Dane personalne poszkodowanego

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Miejscowość .....tel. .....

WAŻNE INFORMACJE

Uczulenia .....

Choroby przewlekłe .....

Zażywane leki .....

Kogo powiadomić? /adres, tel./

Dlo7 Zakład Poligraficzny Golub-Dobrzyń