

KARTA WYPADKU NURKOWEGO

Kartę należy przekazać z poszkodowanym

Imię i nazwisko poszkodowanego	Wiek poszkodowanego / PESEL	Płeć poszkodowanego
.....		M ☐ K ☐

Data zdarzenia	Godzina zdarzenia	Wody czyste ☐ Wody skażone ☐
.....	 :	

KOMPUTER	TAK (wpisz dane z komputera)	NIE (wpisz dane od świadków)
głębokość maksymalna	 m	głębokość: powyżej 10 m ☐ poniżej 10 m ☐ brak danych ☐
całkowity czas nurkowania	 min	całkowity czas nurkowania: min brak danych ☐
prędkość wynurzenia	 m/min	ilość nurkowań / powtórzeń: brak danych ☐
zachowany reżim dekompresji	TAK / NIE	
Nr komputera:		
Przekazano godz:	imię i nazwisko kierownika ZRM	

Czynnik oddechowy: powietrze ☐ nitrox ☐ inne mieszaniny ☐ Skład mieszaniny (%)

OBJAWY

Czas wystąpienia objawów od wynurzenia: min

Po ewakuacji z akwenu: przytomny ☐ nieprzytomny ☐ utrata przytomności w trakcie działań ratowniczych ☐

Objawy:

- Nagłe zatrzymanie krążenia ☐
- Kaszel ☐
- Ból w klatce piersiowej ☐
- Ból w dużych stawach ☐
- Zmęczenie, znużenie ☐
- Nudności ☐
- Krwiotłucie ☐
- Duszność ☐
- Wymioty ☐
- Świąd skóry ☐

Objawy neurologiczne:

- Zawroty głowy ☐
- Zaburzenia równowagi ☐
- Zaburzenia czucia ☐
- Zaburzenia słuchu, mowy, wzroku ☐

Inne objawy - jakie:

CZYNNOŚCI PODJĘTE DO CZASU PRZYJAZDU ZRM

RKO	☐	Inne, opis:
Tlenoterapia	☐	
Zaopatrzenie obrażeń	☐	
Termoizolacja	☐	
Wsparcie psychiczne	☐	

Skrócony opis zdarzenia, dodatkowe informacje:

Sporządził:

.....
(stopień, imię i nazwisko)

.....
(tel. kontaktowy)

KRAJOWY OŚRODEK MEDYCyny HIPERBARYCZNEJ GUMED
TELEFON ALARMOWY (całodobowy) - tel. 58 622 51 63