

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 (mm-mn-dd gg:mm)

DANE PACJENTA płeć: K ☐ M ☐

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO*

Imiona:

Imiona:

Nazwisko:

Nazwisko:

Adres miejsca zamieszkania:

Adres miejsca zamieszkania:

Miejsce udzielania świadczenia zdrowotnego

PESEL*:

.....

Data urodzenia:

*W przypadku niepełnoletniości, numer PESEL, numer karty przyszedł, gdyż, jeżeli nie ma nadanego numeru PESEL, koduje numer identyfikacji pacjenta posiadającego dane osobiste

I - WYWIAD

II - OPIS STANU ZDROWIA PACJENTA

SKALA GLASGOW 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	PEDIATRYCZNA SKALA GLASGOW OTWIERANIE OCZU spontanicznie 4 na głos 3 na ból 2 brak 1 REAKCJA SŁOWNA mowa dziecienna 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 pławidłowy L P tętnienie szwisty trzaskanie rzęzenie brak szmeru inne	ZRENICE Reakcja na światło L P prawidłowa powolna brak Szerokość L P normalna wąska szeroka TĘTNO miarowe niemiarowe	 PRZOD TYŁ R Rana K Krwotok z rany O O Złamanie otwarte M Złamanie Z Złamanie zamknięte A Amputacja W Złaznienie N Ból nieurazowy S Stłuczenie P Oparzenie <input type="checkbox"/> brak obrażeń <input type="checkbox"/> stopnia	OBJAWY wstrząs T N HŻK T N obj. oponowe T N drgawki T N afazja T N wymioty T N biegunka T N krwawienie T N obrzeki T N złaznienie T N INNE cięża T N porod T N chor. zakaźna T N	SKÓRA Wygląd w normie <input type="checkbox"/> błada <input type="checkbox"/> rumień <input type="checkbox"/> zazłoknienie <input type="checkbox"/> sinica obw. <input type="checkbox"/> sinica centr. <input type="checkbox"/> Wilgotność w normie <input type="checkbox"/> wiłgotna <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"/> palpacja <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> perystaltyki <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe <input type="checkbox"/>	TONY SERCA czyste/głuche <input type="checkbox"/> słabione <input type="checkbox"/> inne:	EKG rytm zatokowy <input type="checkbox"/> tachykardia nadkomorowa <input type="checkbox"/> tachykardia komorowa <input type="checkbox"/> migotanie/przepętanie przedsionków <input type="checkbox"/> AV blok <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> VF/VT <input type="checkbox"/> asystolia <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> rozrusznik <input type="checkbox"/> CZW <input type="checkbox"/> inne:	POMIAR CZASOWY gg:mm RR 1/min HR 1/min częst. oddechów 1/min saturacja (%) EtCO ₂ % GCS 1 pkt poziom glukozy 1mg/dl ból 1-10
--	---	--	---

OSWIADCZENIE PACJENTA
Poniżej mówimy 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 odpowiedź na zadawane przeze mnie pytania.
data godz
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

OPIS

III - ROZPOZNANIE

IV - UDZIELONE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

CZYNNOŚCI odsysanie <input type="checkbox"/> went. workiem <input type="checkbox"/> rutka UG/VG <input type="checkbox"/> intubacja <input type="checkbox"/> maska/rutka krt. <input type="checkbox"/> respirator <input type="checkbox"/> tlenoter. bierna <input type="checkbox"/> defibrylacja <input type="checkbox"/> masaż serca <input type="checkbox"/> teletransmisja <input type="checkbox"/> cewnikowanie <input type="checkbox"/> sonda żołądkowa <input type="checkbox"/> kołnier <input type="checkbox"/> deska ortoped. <input type="checkbox"/> materac próż. <input type="checkbox"/> unieruchomienie <input type="checkbox"/> opatrunki <input type="checkbox"/> linia żył. obw. <input type="checkbox"/> monitorowanie <input type="checkbox"/> inne:
--

ZASTOSOWANE PRODUKTY LECZNICZE ORAZ WYROBY MEDYCZNE

nazwa	dawka, ilość	droga podania	gg:mm
.....
.....
.....
.....

ZALECENIA / UWAGI

Kopię karty wydano: ☐ pacjentowi ☐ podmiotowi leczniczemu ☐ inne

Postępowanie z pacjentem

gg:mm

<input type="checkbox"/> pozostał w miejscu zdarzenia	<input type="checkbox"/> przekazany zespołowi ratownictwa medycznego	<input type="checkbox"/> inne:
<input type="checkbox"/> oddał się samowolnie	<input type="checkbox"/> przekazany do szpitalnego oddziału ratunkowego
<input type="checkbox"/> przekazany Policji	<input type="checkbox"/> przekazany do izby przyjęć

Data, podpis i pieczęć ratownika medycznego