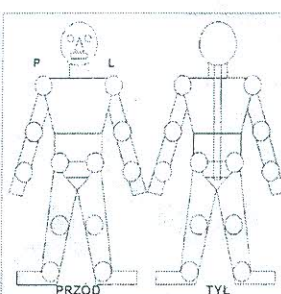


300st(-22)

WZÓR

## KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)		Kod ZRM realizującego zlecenie		Nr zlecenia wyjazdu				
<b>I - WYWIAD</b>								
				<b>MIEJSCE ZDARZENIA</b> w domu..... <input type="checkbox"/> w miejscu publicznym..... <input type="checkbox"/> w ruchu ulicno-drog..... <input type="checkbox"/> w pracy..... <input type="checkbox"/> w szkole..... <input type="checkbox"/> w rolnictwie..... <input type="checkbox"/>				
<b>II - BADANIE</b>								
<b>GLASGOW-COMA-SCALE</b> <b>OTWIERANIE OCZU</b> spontanicznie.....4 na głos.....3 na ból.....2 brak.....1 <b>REAKCJA SŁOWNA</b> zorientowany.....5 splątany.....4 niewłaściwe słowa.....3 niezrozumiałe dźwięki.....2 brak.....1 <b>REAKCJA RUCHOWA</b> wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 ucieczka od bólu.....4 zgięciowa.....3 wyprostna.....2 brak.....1 <b>SUMA</b> .....	<b>RTS</b> <b>CZ. ODDECHOWY</b> 10-29.....4 >29.....3 6-9.....2 1-5.....1 brak.....0 <b>RR SKURCZOWE</b> >89.....4 76-89.....3 50-75.....2 1-49.....1 0.....0 <b>GCS</b> 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 <b>SUMA</b> .....	<b>UKŁAD ODDECHOWY</b> częstość oddechów...../min duszność..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sinica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bezdech..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szmer prawidł..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> furczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsły..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ręczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak szmeru..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Saturacja.....%	<b>ŻRENICE</b> Reakcja na światło: prawidłowa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> powolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szerokość: normalna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wąska..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szeroka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>CISNIENIE TĘTNICZE</b> ...../..... mm Hg <b>TĘTNO</b> miarowe..... ...../min niemiar. 	<input type="checkbox"/> brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwichnięcie S Siłczenie R Rana K Krwotok z rany M Zmiazdzenie A Amputacja N Ból nieurazowy P Oparzenie .....% .....% .....% oparzenie wewnętrzne				
<b>OBJAWY</b> wstrząs..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NZK..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obj. oponowe..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> drgawki..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> afazja..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wymioty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> biegunka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krwawienie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obrzęki..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zastąpienie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>INNE</b> cięża..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> poród..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chor. zakaźna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>SKÓRA</b> Wygląd: w normie..... <input type="checkbox"/> błada..... <input type="checkbox"/> rumień..... <input type="checkbox"/> zażółcenie..... <input type="checkbox"/> sinica obw..... <input type="checkbox"/> sinica centr..... <input type="checkbox"/> <b>Wilgotność:</b> w normie..... <input type="checkbox"/> wilgotna..... <input type="checkbox"/> sucha..... <input type="checkbox"/> <b>Temperatura:</b> w normie..... <input type="checkbox"/> chłodna..... <input type="checkbox"/> ciepla..... <input type="checkbox"/>	<b>JAMA BRZUSZNA</b> w normie..... <input type="checkbox"/> bolesność..... <input type="checkbox"/> palpacyjna..... <input type="checkbox"/> brak perystaltyki..... <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>OCENA PSYCHO-RUCH.</b> w normie..... <input type="checkbox"/> spowolniały..... <input type="checkbox"/> pobudzony..... <input type="checkbox"/> agresywny..... <input type="checkbox"/>	<b>TONY SERCA</b> czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/> stłumione..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>NIEDOWŁAD / PORAZENIE</b> L P kończyna górna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kończyna dolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>ZAPACH Z UST</b> rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> <b>POZIOM GLUKOZY</b> .....mg% .....g/l	<b>EKG</b> Rytm zatokowy..... <input type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa..... <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa..... <input type="checkbox"/> Migotanie/trzepotanie przedsionków..... <input type="checkbox"/> AV blok..... <input type="checkbox"/> sVES..... <input type="checkbox"/> VES..... <input type="checkbox"/> VF/VT..... <input type="checkbox"/> Asystolia..... <input type="checkbox"/> PEA..... <input type="checkbox"/> Rozrusznik..... <input type="checkbox"/> OZW..... <input type="checkbox"/> Zawał..... <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="checkbox"/>	<b>OPIS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>			
<b>III - ROZPOZNANIE</b>								
<b>OPIS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>								
<b>IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM</b>								
<b>CZYNNOŚCI</b> odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kolnierz..... <input type="checkbox"/> linia żył. obw..... <input type="checkbox"/> went. workiem..... <input type="checkbox"/> stymulacja zew..... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> linia żył. cent..... <input type="checkbox"/> rurka UG..... <input type="checkbox"/> kardiowersja..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> cewnikowanie..... <input type="checkbox"/> intubacja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie..... <input type="checkbox"/> sonda żołąd..... <input type="checkbox"/> respirator..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> monitorowanie..... <input type="checkbox"/> tlenoter. bierna..... <input type="checkbox"/> teletransmisja..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/>					<b>ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa, dawka, droga podania)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>			
<b>ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU</b> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>								
<b>V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA</b>								
<b>DANE PACJENTA</b> Imię: ..... Nazwisko: ..... Adres zamieszkania: ..... ul.: ..... NF: ..... M: ..... Rodz. i nr. dok. tożsamości: .....		<b>Ident. NFZ:</b> ..... <b>Data urodzenia / wiek:</b> ..... <b>NUMER PESEL pacjenta:</b> ..... Podpis i pieczęć kierownika ZRM: ..... data udzielenia pomocy .....		<b>Decyzja podmiotu leczniczego:</b> <input type="checkbox"/> Przyjęcie pacjenta <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia  Oznaczenie IP/SOR ..... Oznaczenie osoby przyjmującej ..... Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym: ..... data.....godz.....min..... Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat. .... data.....godz.....min.....				