

Numer karty nadany przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych

Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego (rrrr-mm-dd gg:mm)	DANE PACJENTA płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Imiona: Nazwisko: Adres miejsca zamieszkania: PESEL*: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO* Imiona: Nazwisko: Adres miejsca zamieszkania: <small>* Rubrykę wypełnia się, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub bezdolna do świadomego wyrażenia zgody na udzielenie jej świadczeń zdrowotnych.</small> Data urodzenia: <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> - <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> : <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div>
---	--	--

* W przypadku noworodka – numer PESEL matki a w przypadku osoby, której nie miało nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

I - WYWIAD

II - OPIS STANU ZDROWIA PACJENTA

[illegible]

JAMA BRZUSZNA w normie <input type="checkbox"/> bolesność palpacyjna <input type="checkbox"/> brak perystaltyki <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe <input type="checkbox"/>	TONY SERCA cryste/głośnie <input type="checkbox"/> stłumione <input type="checkbox"/> inne: <input type="checkbox"/>	EKG 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 OZW <input type="checkbox"/> inne: <input type="checkbox"/>	POMIAR CZASOWY gg:mm <input type="text"/> : <input type="text"/> RR (^{mm} / _{kg}) <input type="text"/> HR (/min) <input type="text"/> częstość oddechów (/min) <input type="text"/> saturacja(%) <input type="text"/> EtCO ₂ (%) <input type="text"/> GCS (pkt) <input type="text"/> poziom glukozy (mg% mmol/l) <input type="text"/> ból (1-10) <input type="text"/>	OŚWIADCZENIE PACJENTA Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na: <input type="checkbox"/> udzielenie świadczenia zdrowotnego <input type="checkbox"/> przewiezienie do szpitala Oświadczam również, że udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania. data godz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego _____ _____ OPIS _____ _____ _____
--	--	--	--	---

IV - UDZIELONE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

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

ZALECENIA / UWAGI			

ZASTOSOWANE PRODUKTY LECZNICZE ORAZ WYROBY MEDYCZNE			
nazwa	dawka, ilość	droga podania	gg:mm

Kopię karty wydano: <input type="checkbox"/> pacjentowi <input type="checkbox"/> podmiotowi leczniczemu <input type="checkbox"/> inne	Data, podpis i pieczęć ratownika medycznego
---	---

Postępowanie z pacjentem	
<input type="checkbox"/> pozostał w miejscu zdarzenia <input type="checkbox"/> oddalił się samowolnie <input type="checkbox"/> przekazany Policji	gg:mm <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> przekazany zespołowi ratownictwa medycznego <input type="checkbox"/> inne: <input type="checkbox"/> przekazany do szpitalnego oddziału ratunkowego <input type="checkbox"/> przekazany do izby przyjęć