

KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOSCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe 31-530 Kraków, ul. Łazarza 14 tel. (12) 4244272 REGON 351564854	ZESPÓŁ	Kod ZRM realizującego zlecenie	Nr zlecenia wyjazdu
--	--	--------	--------------------------------	---------------------

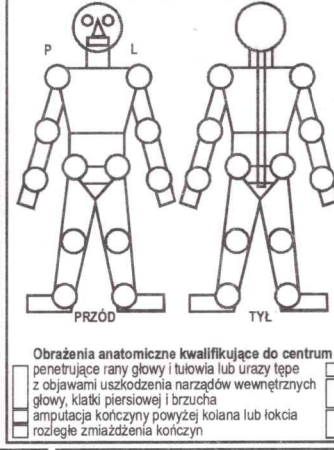
I - WYWIAD

--

MIEJSCE ZDARZENIA
w domu
w miejscu publicznym
w ruchu uliczno-drog.
w pracy w szkole
w rolnictwie

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE OTWIERANIE OCZU spontaniczne 4 na głos 3 na ból 2 brak 1 REAKCJA SŁOWNA zorientowany 5 splątany 4 nieważliwe słowa 3 niezrozumiałe dźwięki 2 brak 1 REAKCJA RUCHOWA wykonanie polecenia 6 lokalizacja bólu 5 ucieczka od bólu 4 zgięciowa 3 wyprostna 2 brak 1 SUMA [][]	RTS CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW 10-29..... 4 >29..... 3 6-9..... 2 1-6..... 1 Brak..... 0 CİŚNIENIE SKURCZOWE >89..... 4 76-89..... 3 50-75..... 2 1-49..... 1 0..... 0 GCS 13-15..... 4 9-12..... 3 6-8..... 2 4-5..... 1 3..... 0 SUMA [][]	UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów..... [][] /min duszność..... [T] [N] sinica..... [T] [N] bezdech..... [L] [P] szmer prawidłowy..... [] [] furczenie..... [] [] świsty..... [] [] trzeszczenie..... [] [] rzężenie..... [] [] brak szmeru..... [] [] inne..... [] [] Saturacja..... [][] %	ŻRENIC Reakcja na światło: prawidłowa..... [L] [P] powolna..... [] [] brak..... [] [] szerokość: normalna..... [L] [P] wąska..... [] [] szeroka..... [] []	CİŚNIENIE TĘTNICZE [][] / [][] mm Hg TĘTNO miarowe <input type="checkbox"/> [][] / min niemiary <input type="checkbox"/>
---	---	--	---	--



- brak obrażeń
 - O** Złamanie otwarte
 - Z** Złamanie zamknięte
 - W** Zwichnięcie
 - S** Stłuczenie
 - R** Rana
 - K** Krwotok z rany
 - M** Zmiażdżenie
 - A** Amputacja
 - N** Ból neuropatyczny
 - P** Oparzenie
 - stopnia [][][] %
 - stopnia [][][] %
 - oparzenie wżewne
- Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego**
- penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha
 - amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia
 - rozległe zmiażdżenia kończyn
 - uszkodzenie rdzenia kręgowego
 - złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów
 - złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy

OBJAWY wstrząs..... [T] [N] NZK..... [T] [N] obj. oponowe..... [T] [N] drgawki..... [T] [N] afazja..... [T] [N] wymioty..... [T] [N] biegunka..... [T] [N] krwawienie..... [T] [N] obrzęki..... [T] [N] zasłabnięcie..... [T] [N] INNE ciąża..... [T] [N] poród..... [T] [N] chor. zakaźna..... [T] [N]	SKÓRA Wygląd: normalna..... <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"/> Wilgotność: w normie..... <input type="checkbox"/> wilgotna..... <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 palpacyjna..... <input type="checkbox"/> brak perystaltyki..... <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe..... <input type="checkbox"/> OCENA PSYCHO-RUCH. w normie..... <input type="checkbox"/> spowolniony..... <input type="checkbox"/> pobudzony..... <input type="checkbox"/> agresywny..... <input type="checkbox"/>	TONY SERCA czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/> stłumione..... <input type="checkbox"/> inne:..... <input type="checkbox"/> NIEDOWŁAD / PORAŻENIE kończyna górna..... [L] [P] kończyna dolna..... [L] [P] ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne:..... <input type="checkbox"/> POZIOM GLUKOZY [][] mg% [][] g/l	EKG Rytm zatokowy..... <input type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa..... <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa..... <input type="checkbox"/> Migotanie/trzępotanie 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"/>	OPIS
---	--	--	---	--	-----------------

III - ROZPOZNANIE

OPIS	KOD ICD10 [][]	KOD ICD10 [][]	KOD ICD10 [][]
-------------	------------------	------------------	------------------

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOSCI odsysanie..... <input type="checkbox"/> went. workiem..... <input type="checkbox"/> rurka UG..... <input type="checkbox"/> intubacja..... <input type="checkbox"/> respirator..... <input type="checkbox"/> tlenoter. bierna..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> stymulacja zew..... <input type="checkbox"/> kardiowersja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input type="checkbox"/> teletransmisja..... <input type="checkbox"/> kolnierz..... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> uniemożliwienie..... <input type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> linia zyl. obw..... <input type="checkbox"/> linia zyl. cent..... <input type="checkbox"/> cewnikowanie..... <input type="checkbox"/> sonda żołąd..... <input type="checkbox"/> monitorowanie..... <input type="checkbox"/>

ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED.(nazwa, dawka, droga podania)

ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

DANE PACJENTA Imię: Nazwisko: Adres zamieszkania: ul: nr: m: Rodz. i nr. dok. tożsamości:

Identyfikator NFZ Data urodzenia/ wiek [][] [][][][] . [][][] . [][][]
NUMER PESEL pacjenta: [][][][][][][][][][]
Podpis i pieczęć kierownika ZRM: [][][][][][][][][]
data udzielenia pomocy

Decyzja podmiotu leczniczego: <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.