*WZÓR*

**KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH**

Załącznik nr 5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) | Kod ZRM realizującego zlecenie: | Nr zlecenia wyjazdu: |

# - WYWIAD

### MIEJSCE ZDARZENIA

w domu.......................

w miejscu publicznym w ruchu uliczno-drog.

w pracy

w szkole

# - BADANIE

### GLASGOW-COMA-SCALE

#### OTWIERANIE OCZU

**RTS**

CZ. ODDECHÓW

### UKŁAD ODDECHOWY

##### częstość

**ŹRENICE**

**Reakcja na**

w rolnictwie.................

brak obrażeń

O Złamanie otwarte

spontanicznie 4

10-29...........4

##### oddechów...

**/**min

**światło:** L P

Z Złamanie zamknięte

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

>29..............3

6-9...............2

1-5...............1

brak. 0

RR SKURCZOWE

>89..............4

76-89...........3

50-75...........2

1-49.............1

0..................0

GCS

13-15..........4

9-12............3

6-8..............2

duszność........ T N

sinica.............. bezdech......... T N

T

N

L P

szmer prawidł.... furczenie.......... świsty...............

trzeszczenie.....

rzężenie........... brak szmeru.....

prawidłowa....... powolna........... brak..................

**szerokość:** L P

normalna.......... wąska...............

szeroka............

### CIŚNIENIE TĘTNICZE

**/** mm

Hg

**Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego**

W Zwichnięcie

S Stłuczenie R Rana

K Krwotok z rany M Zmiażdżenie

A Amputacja

N Ból nieurazowy P Oparzenie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

stopnia **%**

stopnia **%**

oparzenie wziewne

wyprostna 2

brak. 1

4-5..............1

3.................0

Inne:.................

......................................

### TĘTNO

miarowe

penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe

z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha

amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia

uszkodzenie rdzenia kręgowego

złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów

złamanie co najmniej dwóch proksymalnych

#### SUMA

SUMA

**Saturacja**...... **%**

**/**min niemiar.

rozległe zmiażdżenia kończyn

kości długich kończyn lub miednicy

### OBJAWY

wstrząs........... T N

NZK................. T N

obj. oponowe... T N

drgawki........... T N

### SKÓRA

##### Wygląd:

w normie..... blada...........

rumień.........

### JAMA BRZUSZNA

w normie.........

bolesność palpacyjna......

brak perystaltyki.....

### TONY SERCA

czyste/głośne......... stłumione................ inne:.........................

### NIEDOWŁAD /

**EKG**

Rytm zatokowy...

Tachykardia nadkomorowa....

Tachykardia komorowa..........

Migotanie/

### OPIS

afazja.............. T N

wymioty........... T N

biegunka......... T N krwawienie...... T N obrzęki............ T N zasłabnięcie.... T N

### INNE

ciąża................ T N

zażółcenie...

sinica obw.... sinica centr..

##### Wilgotność:

w normie......

wilgotna....... sucha........... **Temperatura:**

w normie......

objawy otrzewnowe...

### OCENA PSYCHO-RUCH.

w normie........ spowolniały....

pobudzony.....

**PORAŻENIE** L P

kończyna górna kończyna dolna

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

### ZAPACH Z UST

rozpuszczalnik org... alkohol.....................

inne:.........................

trzepotanie

przedsionków.... AV blok..............

sVES.................

VES...................

VF/VT.................

Asystolia............ PEA...................

Rozrusznik.........

OZW..................

poród............... T

chor. zakaźna.. T

# - ROZPOZNANIE

chłodna........

ciepła...........

agresywny.....

### POZIOM GLUKOZY

**mg%**

##### g/l

Zawał:................ Inne:........................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OPIS** | **KOD ICD10** | **KOD ICD10** | **KOD ICD10** |

# - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

|  |  |
| --- | --- |
| **CZYNNOŚCI**odsysanie............ defibrylacja.......... kołnierz................ linia żyl. obw....... went. workiem..... stymulacja zew.... deska ortoped...... linia żyl. cent...... rurka UG............. kardiowersja........ materac próż....... cewnikowanie......intubacja............. masaż serca....... unieruchomienie. sonda żołąd........respirator............. EKG.................... opatrunek........... monitorowanie.... tlenoter. bierna... teletransmisja...... inne................................................................... | **ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. ( nazwa, dawka, droga podania)** |
| **ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU** |

##

# - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE PACJENTA****Imię: ...................................................................****Nazwisko: ..........................................................****Adres zamieszkania:......................................... ul:............................................nr:..........m:.........****Rodz. i nr. dok. tożsamości: ............................****............................................................................** | **Ident. NFZ: Data urodzenia / wiek:****NUMER PESEL pacjenta:** | **Decyzja podmiotu leczniczego:**Przyjęcie pacjenta Odmowa przyjęciaOznaczenie IP/SOR Oznaczenie osoby przyjmującej |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Oznaczenie kierownika ZRM:** | Zespół (S/P): | Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym:data...................................godz...........min..........Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat.data...................................godz...........min.......... |
| **data udzielenia pomocy ........................................** |