*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

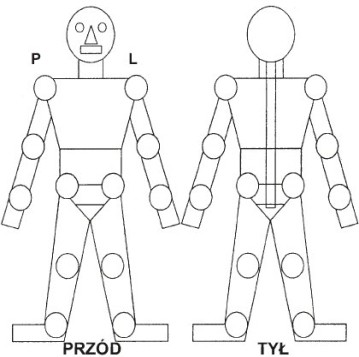
##### częstość

**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 przyjęcia  Oznaczenie 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 ........................................** | | | | | | | | | | | | | |