WZÓR

Załącznik nr 4[41)]

KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	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
- spontanicznie.....4
- 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
- wyprostna.....2
- brak.....1

SUMA ☐☐

RTS

CZ. ODDECHÓW
- 10-29.....4
- >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
- 4-5.....1
- 3.....0

SUMA ☐☐

UKŁAD ODDECHOWY

częstość oddechów... ☐☐/min

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

	L	P
szmer prawidł...	☐	☐
furczenie.....	☐	☐
świsty.....	☐	☐
trzeszczenie.....	☐	☐
rzężenie.....	☐	☐
brak szmeru.....	☐	☐
Inne:.....	☐	☐

Saturacja.....☐☐%

ŹRENICE

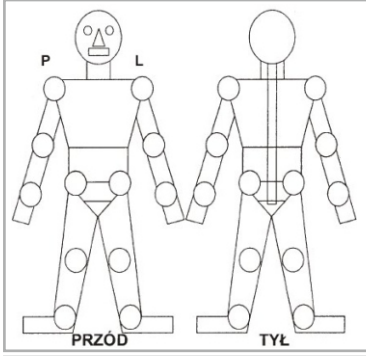
Reakcja na światło:	L	P
prawidłowa.....	☐	☐
powolna.....	☐	☐
brak.....	☐	☐
szerokość:	L	P
normalna.....	☐	☐
wąska.....	☐	☐
szeroka.....	☐	☐

CIŚNIENIE TĘTNICZE

☐☐☐/☐☐☐ mm Hg

TĘTNO miarowe ☐

☐☐☐/min niemiar. ☐



- ☐ brak obrażeń
- O Złamanie otwarte
- Z Złamanie zamknięte
- W Zwichnięcie
- S Stłuczenie
- R Rana
- K Krwotok z rany
- M Zmiażdżenie
- A Amputacja
- N Ból nieurazowy
- P Oparzenie
- ☐ stopnia ☐☐☐%
- ☐ stopnia ☐☐☐%
- ☐ oparzenie wziewne

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	
chor. zakaźna.	T	

SKÓRA

Wygląd:
- w normie.....
- blada.....
- rumień.....
- zażółcenie...
- sinica obw...
- sinica centr..

Wilgotność:
- w normie.....
- wilgotna.....
- sucha.....

Temperatura:
- w normie.....
- chłodna.....
- ciepła.....

JAMA BRZUSZNA
- w normie.....
- bolesność palpacyjna.....
- brak perystaltyki.....
- objawy otrzewnowe...

OCENA PSYCHO-RUCH.
- w normie.....
- spowolniały....
- pobudzony.....
- agresywny.....

TONY SERCA
- czyste/głośne.....
- stłumione.....
- inne:.....

NIEDOWŁAD / PORAŻENIE ☐

	L	P
kończyna górna	☐	☐
kończyna dolna	☐	☐

ZAPACH Z UST
- rozpuszczalnik org...
- alkohol.....
- inne:.....

POZIOM GLUKOZY ☐ mg% ☐ g/l

EKG
- Rytm zatokowy..
- Tachykardia nadkomorowa....
- Tachykardia komorowa.....
- Migotanie/ trzepotanie przedsionków....
- AV blok.....
- sVES.....
- VES.....
- VF/VT.....
- Asystolia.....
- PEA.....
- Rozrusznik.....
- OZW.....
- Zawał:.....

Inne:.....

OPIS

III - ROZPOZNANIE

OPIS

KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10

IV - 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.....	

ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU

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

V - 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: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Podpis i pieczątka kierownika ZRM: Zespół (S/P):

data udzielenia pomocy .....

Decyzja podmiotu leczniczego:

☐ Przyjęcie pacjenta ☐ Odmowa przyjęcia

pieczęć IP/SOR podpis i pieczątka lekarza

Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym:

data.....godz.....min.....

Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat.

data.....godz.....min.....

41) Załącznik w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 29 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.