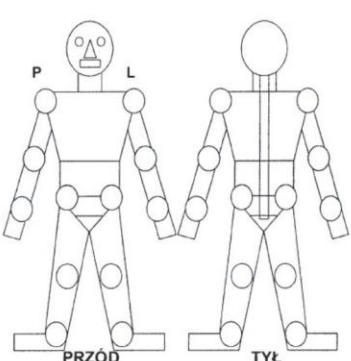


--	--

VI - BADANIE

<p>GLASGOW-COMA-SCALE</p> <p>OTWIERANIE OCZU</p> <p>spontanicznie.....4</p> <p>na głos.....3</p> <p>na ból.....2</p> <p>brak.....1</p> <p>REAKCJA SŁOWNNA</p> <p>zorientowany.....5</p> <p>splątany.....4</p> <p>niewłaściwe słowa.....3</p> <p>niezrozumiałe dźwięki.....2</p> <p>brak.....1</p> <p>REAKCJA RUCHOWA</p> <p>wykonuje polecenia.....6</p> <p>lokalizacja bólu.....5</p> <p>ucieczka od bólu.....4</p> <p>zgięciowa.....3</p> <p>wyprostna.....2</p> <p>brak.....1</p> <p>SUMA <input type="text"/></p>	<p>RTS</p> <p>CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW</p> <p>10-29.....4</p> <p>>29.....3</p> <p>6-9.....2</p> <p>1-6.....1</p> <p>brak.....0</p> <p>CIŚNIENIE SKURCZOWE</p> <p>>89.....4</p> <p>76-89.....3</p> <p>50-75.....2</p> <p>1-49.....1</p> <p>0.....0</p> <p>GCS</p> <p>13-15.....4</p> <p>9-12.....3</p> <p>6-8.....2</p> <p>4-5.....1</p> <p>3.....0</p> <p>SUMA <input type="text"/></p>	<p>UKŁAD ODDECHOWY</p> <p>częstość oddechów... <input type="text"/> /min</p> <p>Duszność..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sinica..... <input type="checkbox"/></p> <p>Bezdech..... <input type="checkbox"/></p> <p>szmer prawidłowy..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>furczenie..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>świsty..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>rżenie..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>brak szmeru..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>Inne..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>Saturacja..... <input type="text"/> %</p>	<p>ŻRENICIE</p> <p>Reakcja na światło:</p> <p>prawidłowa..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>powolna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>brak..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>szerokość:</p> <p>normalna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>wąska..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>szeroka..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p>	 <p>CIŚNIENIE TĘTNICZE</p> <p><input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg</p> <p>TĘTNO</p> <p>miarowe <input type="checkbox"/></p> <p><input type="text"/> /min niemiar. <input type="checkbox"/></p> <p>Legenda:</p> <p>O = zranienie otwarte</p> <p>Z = zranienie zamknięte</p> <p>W = zwichnięcia</p> <p>S = stłuczenia</p> <p>R = rany</p> <p>M = zmiażdżenia</p> <p>A = amputacje</p> <p>P = oparzenia</p> <p>B = brak obrażeń</p> <p>N = ból nieurazowy</p> <p>I = inne</p>
---	--	--	--	---

<p>OBJAWY</p> <p>wstrząs..... <input type="checkbox"/></p> <p>NZK..... <input type="checkbox"/></p> <p>obj. oponowe..... <input type="checkbox"/></p> <p>drgawki..... <input type="checkbox"/></p> <p>afazja..... <input type="checkbox"/></p> <p>wymioty..... <input type="checkbox"/></p> <p>kiegunka..... <input type="checkbox"/></p> <p>krwawienie..... <input type="checkbox"/></p> <p>obrzęki..... <input type="checkbox"/></p> <p>zasłabnięcia..... <input type="checkbox"/></p> <p>INNE</p> <p>ciąża..... <input type="checkbox"/></p> <p>poród..... <input type="checkbox"/></p> <p>chor. zakaźna..... <input type="checkbox"/></p>	<p>SKÓRA</p> <p>Wygląd:</p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>blada..... <input type="checkbox"/></p> <p>rumień..... <input type="checkbox"/></p> <p>zażółcenie..... <input type="checkbox"/></p> <p>sinica obw..... <input type="checkbox"/></p> <p>sinica centr..... <input type="checkbox"/></p> <p>Wilgotność:</p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>wilgotna..... <input type="checkbox"/></p> <p>sucha..... <input type="checkbox"/></p> <p>Temperatura:</p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>chłodna..... <input type="checkbox"/></p> <p>ciepla..... <input type="checkbox"/></p>	<p>JAMA BRZUSZNA</p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>bolesność palpacyjna..... <input type="checkbox"/></p> <p>brak perystaltyki..... <input type="checkbox"/></p> <p>objawy otrzewnowe..... <input type="checkbox"/></p> <p>OCENA PSYCHO-RUCH.</p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>spowolniały..... <input type="checkbox"/></p> <p>pobudzony..... <input type="checkbox"/></p> <p>agresywny..... <input type="checkbox"/></p>	<p>TONY SERCA</p> <p>czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/></p> <p>stłumione..... <input type="checkbox"/></p> <p>inne..... <input type="checkbox"/></p> <p>NIEDOWŁAD / PORAZENIE</p> <p>kończyna górna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>kończyna dolna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>ZAPACH Z UST</p> <p>rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/></p> <p>alkohol..... <input type="checkbox"/></p> <p>inne..... <input type="checkbox"/></p> <p>POZIOM GLUKOZY</p> <p><input type="text"/> mg%</p> <p><input type="text"/> g/l</p>	<p>EKG</p> <p>Rytm zatokowy..... <input type="checkbox"/></p> <p>Tachykardia nadkomorowa..... <input type="checkbox"/></p> <p>Tachykardia komorowa..... <input type="checkbox"/></p> <p>Migotanie/trzepotanie przedsionków..... <input type="checkbox"/></p> <p>AV blok..... <input type="checkbox"/></p> <p>sVES..... <input type="checkbox"/></p> <p>VES..... <input type="checkbox"/></p> <p>VF/VT..... <input type="checkbox"/></p> <p>Asystolia..... <input type="checkbox"/></p> <p>PEA..... <input type="checkbox"/></p> <p>Rozrusznik..... <input type="checkbox"/></p> <p>Zawał..... <input type="checkbox"/></p> <p>Inne..... <input type="checkbox"/></p>	<p>OPIS</p>
---	---	---	--	---	--------------------

VII - ROZPOZNANIE

OPIS	KOD ICD10
-------------	------------------

VIII - POSTĘPOWANIE Z CHORYM

<p>CZYNNOŚCI</p> <p>odsysanie..... <input type="checkbox"/></p> <p>went. workiem..... <input type="checkbox"/></p> <p>urka UG..... <input type="checkbox"/></p> <p>intubacja..... <input type="checkbox"/></p> <p>respirator..... <input type="checkbox"/></p> <p>tlenoter. bierna..... <input type="checkbox"/></p> <p>defibrylacja..... <input type="checkbox"/></p> <p>stymulacja zew..... <input type="checkbox"/></p> <p>kardiowersja..... <input type="checkbox"/></p> <p>masaż serca..... <input type="checkbox"/></p> <p>EKG..... <input type="checkbox"/></p> <p>teletransmisja..... <input type="checkbox"/></p> <p>kolnierz..... <input type="checkbox"/></p> <p>deska ortoped..... <input type="checkbox"/></p> <p>materac próż..... <input type="checkbox"/></p> <p>unieruchomienie..... <input type="checkbox"/></p> <p>opatrunek..... <input type="checkbox"/></p> <p>inne..... <input type="checkbox"/></p> <p>linia żył. obw..... <input type="checkbox"/></p> <p>linia żył. cent..... <input type="checkbox"/></p> <p>cewnikowanie..... <input type="checkbox"/></p> <p>sonda żołąd..... <input type="checkbox"/></p> <p>monitorowanie..... <input type="checkbox"/></p>	<p>ZASTOSOWANE LEKI, ŚRODKI (nazwa, dawka, droga podania)</p>
<p>ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU</p>	

IX - ZGON

<p>Zgon nastąpił</p> <p>przed przybyciem zespołu <input type="checkbox"/></p> <p>w trakcie udzielania pomocy <input type="checkbox"/></p> <p>w trakcie transportu <input type="checkbox"/></p>	<p>Czas stw. zgonu / odstąpienia**</p> <p><input type="text"/> : <input type="text"/></p>	<p>Podejrznie przycz. krym.</p> <p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Powiadomiono</p> <p>Policja <input type="checkbox"/> St. sanitarne <input type="checkbox"/></p> <p>inne..... <input type="checkbox"/></p>	<p>Wydano Kartę zgonu</p> <p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>
---	--	---	---	---

X - PODSUMOWANIE

<p>Wydano Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych</p> <p>Pacjent <input type="checkbox"/> Opiekun <input type="checkbox"/> Szpital <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/></p>	<p>Zabiegi dezynfekcyjne po zak. wyjazdu</p> <p>Wykonano <input type="checkbox"/> Niewykonano <input type="checkbox"/></p>	<p>Wyst. Kartę Zgłoszenia Choroby Zakaźnej</p> <p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>
<p>Procedury (kosztowe, ICD9, ...)</p>		<p>Podpis i pieczęć kierownika ZRM</p>

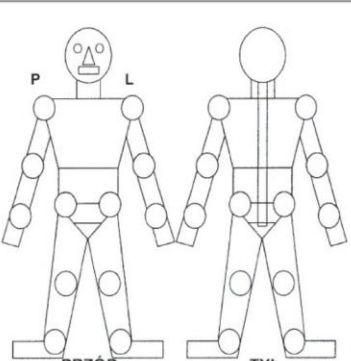
** odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych - dotyczy zespołu bez lekarza.

KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

I - WYWIAD

Nr zlecenia wyjazdu: Strona 1 z 1

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 <input type="text"/>	RTS CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW 10-29.....4 >29.....3 6-9.....2 1-6.....1 brak.....0 CIŚNIENIE 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 <input type="text"/>	UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów... <input type="text"/> /min Duszność..... <input type="checkbox"/> Sinica..... <input type="checkbox"/> Bezdech..... <input type="checkbox"/> szmer prawidł. L P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> furczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rżenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak szmeru..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inne:..... <input type="checkbox"/> Saturacja... <input type="text"/> %	ŻRENICZE Reakcja na światło: L P prawidłowa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> powolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szerokość: L P normalna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wąska..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szeroka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE TĘTNICZE <input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg TĘTNO L P miarowe..... <input type="checkbox"/> <input type="text"/> /min niemiarek..... <input type="checkbox"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;">  <div style="font-size: small;"> O = złamanie otwarte Z = złamanie zamknięte W = zwichnięcia S = stłuczenia R = rany M = zmiążdżenia A = amputacje P = oparzenia </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="font-size: x-small;"> B = brak obrażeń </div> <div style="font-size: x-small;"> N = ból nie-urazowy </div> <div style="font-size: x-small;"> I = inne </div> </div>
---	---	--	---	---

OBJAWY wstrząs..... <input type="checkbox"/> NZK..... <input type="checkbox"/> obj. oponowe..... <input type="checkbox"/> drgawki..... <input type="checkbox"/> afazja..... <input type="checkbox"/> wymioty..... <input type="checkbox"/> kiegunka..... <input type="checkbox"/> krwawienie..... <input type="checkbox"/> obrzęki..... <input type="checkbox"/> zasłabnięcia..... <input type="checkbox"/> INNE ciąża..... <input type="checkbox"/> poród..... <input type="checkbox"/> chor. zakaźna..... <input type="checkbox"/>	SKÓRA Wygląd: w normie..... <input type="checkbox"/> blada..... <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"/> spowolniały..... <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 / PORAZENIE L P kończyna górna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kończyna dolna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne:..... <input type="checkbox"/> POZIOM GLUKOZY <input type="text"/> mg% <input type="text"/> g/l	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..... <input type="checkbox"/> Zawał..... <input type="checkbox"/> Inne:..... <input type="checkbox"/>	OPIS <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
--	--	--	--	---	--

III - ROZPOZNANIE

OPIS	KOD ICD10
------	-----------

IV - POSTĘPOWANIE Z CHORYM

CZYNNOŚCI odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kołnierz..... <input type="checkbox"/> linia żyl. obw..... <input type="checkbox"/> went. workiem..... <input type="checkbox"/> stymulacja zew..... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> linia żyl. cent..... <input type="checkbox"/> rurka UG..... <input type="checkbox"/> kardiowersja..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> cewnikowanie..... <input type="checkbox"/> intubacja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie..... <input type="checkbox"/> sonda żołąd..... <input type="checkbox"/> respirator..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> monitorowanie..... <input type="checkbox"/> tlenoter. bierna... <input type="checkbox"/> teletransmisja..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/>	ZASTOSOWANE LEKI, ŚRODKI (nazwa, dawka, droga podania) <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
--	---

ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU

V - CZAS REALIZACJI I DANE PACJENTA

DANE PACJENTA (imię nazwisko) Adres zamieszkania: ul:.....nr:.....m:.....	Identyfikator NFZ pacjenta: <input type="text"/> PESEL pacjenta: <input type="text"/> Podpis i pieczęć kierownika ZRM: <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	DATA I CZAS PRZEKAZANIA PACJENTA Data i czas przekazania pacjenta w IP/SOR: Dnia.....godz.....min..... Data i czas przekazania innym: Dnia.....godz.....min..... Dane jednostki realizującej zlecenie:
--	---	---