

# KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

## I - WYWIAD

## II - BADANIE

<b>GLASGOW-COMA-SCALE</b> <b>OTWIERANIE OCZU</b> spontanicznie.....4 na głos.....3 na ból.....2 brak.....1 <b>REAKCJA SŁOWNA</b> zorientowany.....5 splątany.....4 niewłaściwe słowa.....3 niezrozumiałe dźwięki.....2 brak.....1 <b>REAKCJA RUCHOWA</b> wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 ucieczka od bólu.....4 zgięciowa.....3 wyprostna.....2 brak.....1 SUMA <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>RTS</b> <b>CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW</b> 10-29.....4 >29.....3 6-9.....2 1-6.....1 brak.....0 <b>CIŚNIENIE SKURCZOWE</b> >89.....4 76-89.....3 50-75.....2 1-49.....1 0.....0 <b>GCS</b> 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 SUMA <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>UKŁAD ODDECHOWY</b> częstość oddechów... <input type="text"/> /min duszność..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sinica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bezdech..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szmer prawidł. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> furczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rżęzenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak szmeru..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Saturacja... <input type="text"/> %	<b>ŻRENICZE</b> Reakcja na światło: prawidłowa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> powolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szerokość: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> normalna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wąska..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szeroka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>CIŚNIENIE TĘTNICZE</b> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mm Hg <b>TĘTNO</b> <input type="checkbox"/> miarowe <input type="checkbox"/> <input type="text"/> /min niemiar. <input type="checkbox"/>	
--	--	---	--	--

<b>OBJAWY</b> wstrząs..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NZK..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obj. oponowe... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> drgawki..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> afazja..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wymioty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> biegunka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krwawienie... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obrzęki..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zasłabnięcie... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>INNE</b> ciąża..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> poród..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chor. zakaźna. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>SKÓRA</b> <b>Wygląd:</b> normalna..... <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"/> <b>Wilgotność:</b> w normie..... <input type="checkbox"/> wilgotna..... <input type="checkbox"/> sucha..... <input type="checkbox"/> <b>Temperatura:</b> normalna..... <input type="checkbox"/> chłodna..... <input type="checkbox"/> ciepła..... <input type="checkbox"/>	<b>JAMA BRZUSZNA</b> w normie..... <input type="checkbox"/> bolesność palpacyjna..... <input type="checkbox"/> brak perystaltyki... <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe... <input type="checkbox"/> <b>OCENA PSYCHO-RUCH.</b> norma..... <input type="checkbox"/> spowolniały... <input type="checkbox"/> pobudzony..... <input type="checkbox"/> agresywny..... <input type="checkbox"/>	<b>TONY SERCA</b> czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/> stłumione..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> <b>NIEDOWŁAD / PORAŻENIE</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kończyna górna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kończyna dolna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>ZAPACH Z UST</b> rozpuszczalnik org. <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> <b>POZIOM GLUKOZY</b> <input type="text"/> mg%	<b>EKG</b> 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:.....	<b>OPIS</b>
---	--	---	--	---	-------------

## III - ROZPOZNANIE

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

## IV - POSTĘPOWANIE Z CHORYM

<b>CZYNNOŚCI</b> odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kołnierz..... <input type="checkbox"/> linia żył. obw..... <input type="checkbox"/> went. workiem... <input type="checkbox"/> stymulacja zew. <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> linia żył. 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.....	<b>ZASTOSOWANE LEKI, ŚRODKI ( nazwa, dawka, droga podania)</b>
<b>ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU</b>	

## V - CZAS REALIZACJI i DANE PACJENTA

<b>DANE PACJENTA ( imię nazwisko )</b> ..... <b>Adres zamieszkania:</b> ..... ul:.....nr:.....m:.....	<b>Identyfikator NFZ pacjenta:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>PESEL pacjenta:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>CZAS PRZEKAZANIA PACJENTA</b> Czas przekazania pacjenta w IP/SOR: godz.....min..... Czas przekazania innym..... godz.....min.....
<b>Rodzaj i nr dok. ubezp:</b>	<b>Podpis i pieczęć kierownika ZRM:</b>	
<b>Dane jednostki realizującej zlecenie:</b>		