Załącznik nr 4[41)]

WZÓR

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:.....	☐	☐

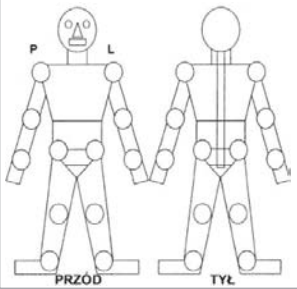
.....
Saturacja..... ☐☐ %

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 piers owej i brzucha
☐ amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia
☐ rozległe zmiażdżenia kończyn
☐ uszkodzenie rdzenia kręgowego
☐ złamania 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 CD10

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