KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Zał. nr 4

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	Kod ZRM realizującego zlecenie:	Nr zlecenia wyjazdu:

I - WYWIAD

samokopiujący

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

	T	N
duszność	☐	☐
sinica	☐	☐
bezdech	☐	☐

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

Saturacja ☐☐ %

ŹRENICE

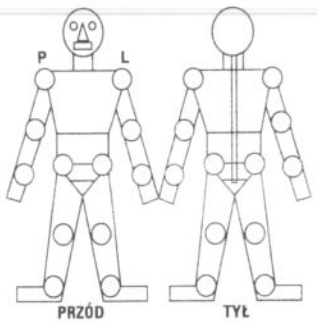
Reakcja na światło:	L	P
prawidłowa	☐	☐
powolna	☐	☐
brak	☐	☐
szerokość:	L	P
normalna	☐	☐
wąska	☐	☐
szeroka	☐	☐

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

	T	N
wstrząs	☐	☐
NZK	☐	☐
obj. oponowe	☐	☐
drgawki	☐	☐
afazja	☐	☐
wymioty	☐	☐
biegunka	☐	☐
krwawienie	☐	☐
obrzęki	☐	☐
zasłabnięcie	☐	☐

INNE

	T	N
ciąża	☐	☐
poród	☐	
chor. zakaźna	☐	

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	

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

ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU

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: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej:
☐ Przyjęcie pacjenta ☐ Odmowa przyjęcia

pieczęć IP/SOR podpis i pieczątka lekarza

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

data udzielenia pomocy .....

Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym:

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

Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat.

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

MED-204