

I - WYWIAD

II - BADANIE

GLASGOW-COMALE-SCALE		RTS		UKŁAD ODDECHOWY		ŻRNICIE			
<u>OTWIERANIE OCZU</u>		<u>CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW</u>							
spontanicznie.....4		10-29.....4		częstość oddechów... /min		Reakcja na światło:			
na głos.....3		>29.....3		duszność..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>		L P			
na ból.....2		6-9.....2		sinica..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>		prawidłowa..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>			
brak.....1		1-6.....1		bezdech..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>		powolna..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>			
<u>REAKCJA SŁOWNA</u>		brak.....0		L P		brak..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>			
zorientowany.....5		<u>CIŚNIENIE SKURCZOWE</u>				szerokość:			
splątany.....4		>89.....4				L P			
niewłaściwe słowa.....3		76-89.....3		szmer prawidł..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>		normalna..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>			
niezrozumiałe dźwięki.....2		50-75.....2		furczenie..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>		wąska..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>			
brak.....1		1-49.....1		świsły..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>		szeroka..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>			
<u>REAKCJA RUCHOWA</u>		0.....0		trzeszczenie..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>		<u>CIŚNIENIE TĘTNICZE</u>			
wykonuje polecenia.....6		<u>GCS</u>		rżenie..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>		/ mm Hg			
lokalizacja bólu.....5		13-15.....4		brak szmeru..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>		<u>TĘTNO</u>			
ucieczka od bólu.....4		9-12.....3		Inne..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>		miarowe..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>			
zgięciowa.....3		6-8.....2		Saturacja..... %		/min			
wprostna.....2		4-5.....1				niemiara..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>			
brak.....1		3.....0							
SUMA		SUMA							

OBJAWY wstrząs..... ☐ ☐ NZK..... ☐ ☐ obj. oponowe..... ☐ ☐ drgawki..... ☐ ☐ afazja..... ☐ ☐ wymioty..... ☐ ☐ biegunka..... ☐ ☐ krwawienie..... ☐ ☐ obrzęki..... ☐ ☐ zastłabnięcie..... ☐ ☐	SKÓRA Wygląd: normalna..... ☐ błada..... ☐ rumień..... ☐ zażółcenie..... ☐ sinica obw..... ☐ sinica centr..... ☐ Wilgotność: w normie..... ☐ wilgotna..... ☐ sucha..... ☐ Temperatura: normalna..... ☐ chłodna..... ☐ ciepła..... ☐	JAMA BRZUSZA w normie..... ☐ bolesność palpacyjna..... ☐ brak perystaltyki..... ☐ objawy otrzewnowe..... ☐ OCENA PSYCHO-RUCH. norma..... ☐ spowolniały..... ☐ pobudzony..... ☐ agresywny..... ☐	TONY SERCA czyste/głośnie..... ☐ stłumione..... ☐ inne:..... ☐ NIEDOWŁAD / PORAŻENIE ☐ ☐ L P kończyna górna ☐ ☐ kończyna dolna ☐ ☐ ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... ☐ alkohol..... ☐ inne:..... ☐ POZIOM GLUKOZY mg%	EKG Rytm zatokowy..... ☐ Tachykardia nadkomorowa..... ☐ Tachykardia komorowa..... ☐ Migotanie/ trzepotanie przedsionków..... ☐ AV blok..... ☐ sVES..... ☐ VES..... ☐ VF/VT..... ☐ Asystolia..... ☐ PEA..... ☐ Rozrusznik..... ☐ Zawał:..... ☐ Inne:.....	OPIS
---	--	---	---	--	-------------

III - ROZPOZNANIE

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

IV - POSTĘPOWANIE Z CHORYM

CZYNNOŚCI			
odsysanie..... ☐	defibrylacja..... ☐	kołnierz..... ☐	linia żyl. obw..... ☐
went. workiem..... ☐	stymulacja zew... ☐	deska ortoped..... ☐	linia żyl. cent..... ☐
rukka UG..... ☐	kardiowersja..... ☐	materac próż..... ☐	cewnikowanie..... ☐
intubacja..... ☐	masaż serca..... ☐	unieruchomienie.. ☐	sonda żołąd..... ☐
respirator..... ☐	EKG..... ☐	opatrunek..... ☐	monitorowanie.... ☐
tlenoter. bierna... ☐	teletransmisja... ☐	inne.....	

ZASTOSOWANE LEKI, ŚRODKI (nazwa, dawka, droga podania)
ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU

V - CZAS REALIZACJI i DANE PACJENTA

DANE PACJENTA (imię nazwisko) Adres zamieszkania: ul: nr: m:	Identyfikator NFZ pacjenta: PESEL pacjenta: 	CZAS PRZEKAZANIA PACJENTA Czas przekazania pacjenta w IP/SOR: godz.....min..... Czas przekazania innym..... godz.....min.....
Rodzaj i nr dok. ubez:	Podpis i pieczęć kierownika ZRM:	Dane jednostki realizującej zlecenie:

I - ANAMNESE

EINSATZPROTOKOLL

II - UNTERSUCHUNG

GLASGOW-COMA-SCALE
AUGEN ÖFFNEN

spontan.....4
Aufforderung.....3
Schmerzreiz.....2
kein.....1

VERBALE REAKTION

orientiert.....5
desorientiert.....4
wortsalat.....3
unverständliche Laute.....2
kein.....1

MOTORISCHE REAKTION

auf Aufforderung6
gezielt.....5
normale .Beugeabwehr.....4
abnormale Abwehr.....3
Strecksynergismen.....2
kein.....1

SUMME

Revised Trauma Score
ATEMFREKFENTZ(AF)

10-29.....4
>29.....3
6-9.....2
1-6.....1
.....0

SYSTOLISCHER RR

>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

SUMME

ATMUNG

AF/min

dyspnoe.....J N

zyanose.....J N

apnoeL R

unauffällig.....

schnurren.....

stridor.....J

knistern.....

rasselgeräusch.....

keine.....

andere.....

SpO2%

PUPILLE

Lichtreaktion:

Unauffällig.....L R

verlangert.....

keine.....

Pupillenweite:

normal.....L R

eng.....

weit.....

BLUTDRUCK (RR)

/mm Hg

HF

regelmäßig

/min

nein.

R

L

Vorderseite

Rückseite

= Keine Verletzung

= Schmerzen ohne Verletzung

= andere:.....

X

= offener Fraktur

X

= geschlossener Fraktur

X

= Luxation

= Prellung

V

= Wunde

*

= Zerquetschung

T

= Amputation

◆

= Verbrennung

SYMPTOME

Schock.....J N

H-K-Stillstand.....J N

Meningismus.....J N

Krakpfanfall.....J N

Aphasie.....J N

Erbrechen.....J N

Durchfall.....J N

Blutung.....J N

Ödem.....J N

Synkope.....J N

ANDERE

Gravidität.....J N

Geburt.....J N

Infektionskran.....J N

HAUT AUSSEHEN:

normal.....

blass.....

rötung.....

gelb.....

Zyanose-pe.....

Zyanose-ze.....

FEUCHTIGKEIT

normal.....

feucht.....

trocken.....

Temperatur:

normal.....

kalt.....

warm.....

ABDOMEN

Normbereich.....

druckschmerzhaft.....

keine Darmgeräusche

akutes Abdomens.....

PSYCHE

unauffällig.....

verlangsamt.....

angeregt.....

aggressiv.....

HERZTONE

sauber/laut.....

gedämpft.....

andere:.....

PARESE / PARALYSE

L R

Arm.....

Bein.....

BZ

mg%

EKG

Sinusrhythmus.....

schmale QRS-Tachycardie.....

breite QRS-Tachycardie.....

Vorhofflimm./fla.....

AV blok.....

sVES.....

VES.....

VF/VT.....

Asystolie.....

PEA.....

Schrittmacherrh.....

Infarkt Ekg.....

andere:.....

NOTFALLGESCHEHEN / ERSTBEFUND

III - DIAGNOSE

ICD10

IV - MAßNAHMEN

Absaugen.....

Defibrillation.....

Cervicalstutze.....

periph-ven.Zug.....

AMBU.....

Schrittma.ext.....

Spineboard.....

zentral-ven.Zug.....

Gudel Tubus.....

Kardiowersion.....

Vakuummatratze.....

DK.....

Intubation.....

HDM.....

Immobilisation.....

Magensonde.....

Respirator.....

EKG.....

Verband.....

Monitoring.....

Sauerstoffgabe.....

teletransmision.....

andere.....

BEMERKUNGEN

MEDIKAMENTE DOSIS (mg/ml/IE)

V - ZEIT EREIGNIS / PATIENT

PATIENT (VORNAME / NAME)

.....

Adresse:.....Str:.....

Art und Versicherungsnummer:

Patient NFZ ID:.....

PESEL Patient:

Unterschrift RettAss/Notarzt:

ÜBERGABE ZEIT

übergabe ZNA

Uhr.....Min.....

übergabe anderen.....

Uhr.....Min.....

Durchführung zuständige Stelle: