

Wydarzenie:..... **KARTA INFORMACYJNA KPP/MCR** Data:.....

Nr patrolu pieszego / punktu stałego:.....

Imię:..... Nazwisko:.....
 Kraj:..... Data urodzenia:..... PŁEĆ: K M

Świadomość: **A V P U** Częstość oddechów /min: Duszność Sinica Bezdech SpO₂..... %

Tętno /min:..... Miarowe Niemiary CTK:/..... mmHg

WYWIAD / OBJAWY: **POSTĘPOWANIE:**

Podpis / pieczęć kierownika patrolu / punktu stałego

Nr namiotu / ZRM.....

PARAMETR	Czas:.....	Czas:.....
AVPU / GCS		
Częst. oddechów	/min	/min
Tętno	/min	/min
CTK		
SpO ₂		
Glikemia (mg%)		
Temperatura		

Szmerzy oddechowe

 Prawidłowy
 Świsty
 Furczenia
 Trzeszczenia
 Rzężenia
 Brak
 Inny

Tony serca

 Czyste, głośnie
 Ściszone
 Brak

Jama brzuszna

 W normie
 Bol. Palpacyjna
 Brak perystalt.
 Obj. otrzewn.

Żrenice

P

 Wąska
 Prawidłowa
 Szeroka
 Reaktywna
 Niereaktywna

L

 Wąska
 Prawidłowa
 Szeroka
 Reaktywna
 Niereaktywna

Skóra

 W normie
 Mokra
 Biała
 Zimna

<input type="checkbox"/> Odsysanie <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> UG <input type="checkbox"/> LMA rozm: <input type="checkbox"/> LT-D rozm: <input type="checkbox"/> Intubacja rozm:	<input type="checkbox"/> Defibrylacja..... <input type="checkbox"/> Kardiowersja..... <input type="checkbox"/> Stymulacja..... EKG 12 odpr. <input type="checkbox"/> Rytm zatokowy <input type="checkbox"/> SVT <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> Asystolia <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> OZW..... <input type="checkbox"/> Dostęp IV..... <input type="checkbox"/> Dostęp IO.....	<p>OPARZENIA</p> <p>I°%</p> <p>II°%</p> <p>III°%</p> <p>Cięża</p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <p>Poród</p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <p><input type="checkbox"/> Opatrunek <input type="checkbox"/> Unieruchomienie <input type="checkbox"/> Monitorowanie <input type="checkbox"/> Cewnikowanie <input type="checkbox"/> Inne.....</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>LEK</th> <th>CZAS</th> <th>DAWKA/ DROGA PODANIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		LEK	CZAS	DAWKA/ DROGA PODANIA	1				2				3				4				5				6				7			
	LEK	CZAS	DAWKA/ DROGA PODANIA																																
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			

OPIS:

ROZPOZNANIE:

Podpis / pieczęć kierownika namiotu / ZRM

Kryptonim ZRM.....

Transport do:

<p>Czynności wykonane podczas transportu:</p> <p style="text-align: right;">Podpis / pieczęć kierownika ZRM</p>	<p>Pieczęć SOR / CU / Oddz. Spec.</p> <p>Podpis / pieczęć lekarza dyżurnego SOR / CU / Oddz. Spec.</p> <p>Czas przekazania pacjenta:</p>
--	--