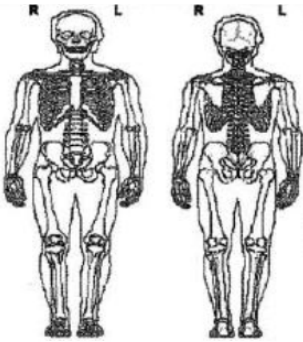
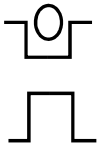


TRAUMA TREATMENT RECORD (TTR) - POZIOM 2 KARTA TRAUMA ROOM																																																			
Status przybycia		Triage		Zraniony przez		Mechanizm urazu		Kategoria pacjenta		Hemostaza przedszpitalna																																									
Data: _____ Czas urazu: _____ Czas przybycia: _____ Czas transportu: _____ Unieruchomienie Kr. szyjnego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Intubacja <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		<input checked="" type="checkbox"/> Natychmiastowy <input type="checkbox"/> Opóźniony <input type="checkbox"/> Minimalny <input type="checkbox"/> Terminalny Drożny dostęp Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Konikotomia Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Wróg <input type="checkbox"/> Sojusznik <input type="checkbox"/> Cywil <input type="checkbox"/> Szkolenie <input type="checkbox"/> Samodzielnie przypadkowo <input type="checkbox"/> Samookaleczenie <input type="checkbox"/> Sport, rekreacja <input type="checkbox"/> Inne: _____		<input type="checkbox"/> Postrzał <input type="checkbox"/> Uraz tępy <input type="checkbox"/> Pojedynczy odłamek <input type="checkbox"/> Wieloodłamkowy <input type="checkbox"/> Rozbity samolot <input type="checkbox"/> Nóż dźgnięcie <input type="checkbox"/> Moździerz <input type="checkbox"/> RPG/Granat <input type="checkbox"/> Utonięcie <input type="checkbox"/> Latające szczątki <input type="checkbox"/> Bomba <input type="checkbox"/> Niewybuch		<input type="checkbox"/> Maszyna <input type="checkbox"/> Mina ładowa <input type="checkbox"/> Zderzenie <input type="checkbox"/> Wypadek komunikacyjny <input type="checkbox"/> Chemiczny <input type="checkbox"/> Radioaktywny <input type="checkbox"/> Nuklearny <input type="checkbox"/> Gorący obiekt/płyn <input type="checkbox"/> Zamach/bójka <input type="checkbox"/> Podmuch eksplozja <input type="checkbox"/> Zawalenie się budynku <input type="checkbox"/> Upadek <input type="checkbox"/> Oparzenie <input type="checkbox"/> Inne: _____		Narodowość: _____ <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> Ludność lokalna <input type="checkbox"/> Koalicjant <input type="checkbox"/> Wróg Rodzaj wojsk: <input type="checkbox"/> Służba <input type="checkbox"/> Woj. lądowe <input type="checkbox"/> Marynarka wojenna <input type="checkbox"/> Piechota morska <input type="checkbox"/> Lotnictwo <input type="checkbox"/> Siły specjalne <input type="checkbox"/> Cywil <input type="checkbox"/> Kombatant <input type="checkbox"/> Żandarmeria Wojskowa <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> Org. porządkowa <input type="checkbox"/> Inny: _____		<input type="checkbox"/> Nieznana <input type="checkbox"/> QuikClot <input type="checkbox"/> Fibrin Bandage <input type="checkbox"/> Ucisk bezpośredni <input type="checkbox"/> Opatrunek osobisty <input type="checkbox"/> HemCon _____ <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Inne: _____																																							
Odbarczanie odmy igłą Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Czas: ____ Ciś. krwi: ____ / ____ Tętno: ____ RR: ____ Sat: ____ Ból skala: _____ Ostatnie szczerzenie tężec: _____ Skala Glasgow: _____		Staża Taktyczna Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Zał. o godz.: _____ Zdjęta o godz.: _____ <input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> SOFFT <input type="checkbox"/> inny		Resuscytacja w toku Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Czas urazu: _____ Czas przybycia: _____		Pleć <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta		Przewidziane hipotermii <input type="checkbox"/> Koc <input type="checkbox"/> Folia NRC <input type="checkbox"/> Śpiwór <input type="checkbox"/> Koc Blizzard <input type="checkbox"/> Inne: _____																																											
Leki przedszpitalne		Przedszpitalne udrożnienie dróg oddechowych		Przedszpitalne leki dożylnie		Doszpikowe		Przewidziane hipotermii		Przewidziane hipotermii																																									
<input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> IZAS <input type="checkbox"/> Antybiotyk <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Przeciwdrgawkowe <input type="checkbox"/> Mannitol <input type="checkbox"/> Inne: _____		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Rodzaj: _____		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Rodzaj/Il./lokalizacja _____		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Promiennik ciepła <input type="checkbox"/> Ogrzany płyn <input type="checkbox"/> Koc termiczny <input type="checkbox"/> Inne: _____																																											
Przedszpitalny drenaż KLP		Sąd ewakuowany		Sposób przybycia																																															
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Lokalizacja <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P		<input type="checkbox"/> Pole walki <input type="checkbox"/> Lądowe <input type="checkbox"/> Marynarka <input type="checkbox"/> Poziom 1 <input type="checkbox"/> Koalicja <input type="checkbox"/> Lotnictwo <input type="checkbox"/> Marines <input type="checkbox"/> Inna jednostka medyczna <input type="checkbox"/> Szpital Cywilny <input type="checkbox"/> Wojska specjalne		<input type="checkbox"/> Przyszedł <input type="checkbox"/> Przyniesiony <input type="checkbox"/> Ambulans powietrzna <input type="checkbox"/> Casevac <input type="checkbox"/> Niemedyczny trans. naziemny <input type="checkbox"/> Ambulans naziemny <input type="checkbox"/> Statek <input type="checkbox"/> Niemed. trans. pow. <input type="checkbox"/> Inny: _____																																															
Główna dolegliwość																																																			
Wywiad i badanie przedmiotowe			Drogi oddechowe			Zaopatrzenie																																													
Głowa i szyja		Błony błębenkowe Czyste <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L Krew <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L		<input type="checkbox"/> Drożny Charczący Z płynem <input type="checkbox"/> Niedrożne Worek Ambu <input type="checkbox"/> Inne: _____			<input type="checkbox"/> Kołnierz ortopedyczny <input type="checkbox"/> Intubacja <input type="checkbox"/> Combitube <input type="checkbox"/> Rurka UG/NG <input type="checkbox"/> Konikotomia <input type="checkbox"/> Drenaż KLP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Wypływ Krew: <input type="checkbox"/> Powietrze <input type="checkbox"/> Odbarczanie igłą <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Wypływ Krew: <input type="checkbox"/> Powietrze <input type="checkbox"/> Perikardiocenteza <input type="checkbox"/> Torakotomia																																												
Klatka piersiowa							Badanie per rectum		<input type="checkbox"/> USG FAST <input type="checkbox"/> Płukanie jamy otrzewnej <input type="checkbox"/> Sonda żołądkowa <input type="checkbox"/> Stabilizacja miednicy <input type="checkbox"/> Cewnik FOLEY																																										
Brzuch							Napięcie zwieracza:		Prostata:																																										
Miednica Stabilna Niestabilna							Krew:		Ginekologiczne:																																										
Kończyny górne							<input type="checkbox"/> Nastawienie <input type="checkbox"/> Unieruchomione <input type="checkbox"/> Usztywnienie zew. <input type="checkbox"/> Oczyszczenie rany <input type="checkbox"/> Opaska uciskowa Typ: <input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> SOFFT <input type="checkbox"/> Inna założona zdjęta																																												
Kończyny dolne							<input type="checkbox"/> Nastawienie <input type="checkbox"/> Unieruchomione <input type="checkbox"/> Usztywnienie zew. <input type="checkbox"/> Oczyszczenie rany <input type="checkbox"/> Opaska uciskowa Typ: <input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> SOFFT <input type="checkbox"/> Inna założona zdjęta																																												
Neuro GCS:..... E...../4 M...../6 V...../5		Deficyt ruchowy <input type="checkbox"/> Nie Prawa <input type="checkbox"/> koń. gór. <input type="checkbox"/> koń. dol. Lewa <input type="checkbox"/> koń. gór. <input type="checkbox"/> koń. dol.		Wzrok źrenice Żywo reagujące Leniwe Brak reakcji Ruch ręki Niewrażliwe na światło		P L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rozmiar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>mm		<input type="checkbox"/> Sedacja <input type="checkbox"/> Zwiotczenie <input type="checkbox"/> Seizuroprotocol <input type="checkbox"/> Mannitol <input type="checkbox"/> Dostęp doszpikowy <input type="checkbox"/> Dostęp dotętniczny		Oparzenie Formularz oparzeniowy <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III % oparzenia pow. ciała Przyczyna																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Morfologia</th> <th>Biochemia</th> <th>Testy wątrobowe</th> <th>Mocz badanie ogólne</th> <th>Alergie</th> <th>Płyny dożylnie/krew</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">D I A G N O S T Y K A</td> <td></td> <td></td> <td> Amylaza: _____ Fosfataza zasadowa: _____ LDH: _____ BIR: _____ SGOT: _____ SGPT: _____ Inne: _____ </td> <td> Ciężar wł.: _____ pH: _____ Związki chemiczne: _____ Osad moczu: _____ Nabłonki płaskie: _____ Bakterie: _____ HCG: _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Aspiryna <input type="checkbox"/> Penicylina <input type="checkbox"/> Sulfominaln <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Kodeina <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Inne: _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Krystaloidy <input type="checkbox"/> Koloidy <input type="checkbox"/> KKCZ <input type="checkbox"/> Świeżo mrożone osocze <input type="checkbox"/> Krew pełna <input type="checkbox"/> Krioprecypytat <input type="checkbox"/> Płytki </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">L A B</td> <td></td> <td></td> <td> Wentylowany <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Rozmiar rurki intubacyjnej </td> <td> Leki <input type="checkbox"/> T. tężcowa <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Midazolam <input type="checkbox"/> Antybiotyk <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Inne </td> <td> <input type="checkbox"/> Brak danych <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Nadciś. <input type="checkbox"/> Ukt. odd. <input type="checkbox"/> Ukt. krą. <input type="checkbox"/> Cukrzyca <input type="checkbox"/> Padaczka <input type="checkbox"/> Wrzody <input type="checkbox"/> Inne: _____ </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													Morfologia	Biochemia	Testy wątrobowe	Mocz badanie ogólne	Alergie	Płyny dożylnie/krew	D I A G N O S T Y K A			Amylaza: _____ Fosfataza zasadowa: _____ LDH: _____ BIR: _____ SGOT: _____ SGPT: _____ Inne: _____	Ciężar wł.: _____ pH: _____ Związki chemiczne: _____ Osad moczu: _____ Nabłonki płaskie: _____ Bakterie: _____ HCG: _____	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Aspiryna <input type="checkbox"/> Penicylina <input type="checkbox"/> Sulfominaln <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Kodeina <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Inne: _____	<input type="checkbox"/> Krystaloidy <input type="checkbox"/> Koloidy <input type="checkbox"/> KKCZ <input type="checkbox"/> Świeżo mrożone osocze <input type="checkbox"/> Krew pełna <input type="checkbox"/> Krioprecypytat <input type="checkbox"/> Płytki														L A B			Wentylowany <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Rozmiar rurki intubacyjnej	Leki <input type="checkbox"/> T. tężcowa <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Midazolam <input type="checkbox"/> Antybiotyk <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Brak danych <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Nadciś. <input type="checkbox"/> Ukt. odd. <input type="checkbox"/> Ukt. krą. <input type="checkbox"/> Cukrzyca <input type="checkbox"/> Padaczka <input type="checkbox"/> Wrzody <input type="checkbox"/> Inne: _____							
	Morfologia	Biochemia	Testy wątrobowe	Mocz badanie ogólne	Alergie	Płyny dożylnie/krew																																													
D I A G N O S T Y K A			Amylaza: _____ Fosfataza zasadowa: _____ LDH: _____ BIR: _____ SGOT: _____ SGPT: _____ Inne: _____	Ciężar wł.: _____ pH: _____ Związki chemiczne: _____ Osad moczu: _____ Nabłonki płaskie: _____ Bakterie: _____ HCG: _____	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Aspiryna <input type="checkbox"/> Penicylina <input type="checkbox"/> Sulfominaln <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Kodeina <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Inne: _____	<input type="checkbox"/> Krystaloidy <input type="checkbox"/> Koloidy <input type="checkbox"/> KKCZ <input type="checkbox"/> Świeżo mrożone osocze <input type="checkbox"/> Krew pełna <input type="checkbox"/> Krioprecypytat <input type="checkbox"/> Płytki																																													
L A B			Wentylowany <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Rozmiar rurki intubacyjnej	Leki <input type="checkbox"/> T. tężcowa <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Midazolam <input type="checkbox"/> Antybiotyk <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Brak danych <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Nadciś. <input type="checkbox"/> Ukt. odd. <input type="checkbox"/> Ukt. krą. <input type="checkbox"/> Cukrzyca <input type="checkbox"/> Padaczka <input type="checkbox"/> Wrzody <input type="checkbox"/> Inne: _____																																														
Stopień, nazwisko i imię				Data urodzenia																																															

Dane pacjenta

Imię i nazwisko: Nr dokumentu tożsamości:	Imię i nazwisko pielęgniarki: Data: Podpis:
--	---

		Wykonano	Do wykonania	Wynik	Kolejne oględziny		
R T G K L P I N N E	<input type="checkbox"/> Leżący <input type="checkbox"/> Stojący <input type="checkbox"/> _____				Otarcie Amputacja Oderwanie Krwawienie Oparzenie Trzeszczenie Deformacja Zdarcie skóry Wybroczyny Złamane Ciało obce Postrzał Krwiak Rana szarpana Rana kluta Ból Zasinienie od pasa Dźgnięcie		Obecne tętno <input type="checkbox"/> Silne <input type="checkbox"/> Słabe <input type="checkbox"/> Nieobecne 
	<input type="checkbox"/> Kregosłup <input type="checkbox"/> Miednica <input type="checkbox"/> Lewa k. dolna <input type="checkbox"/> Prawa k. dolna <input type="checkbox"/> Prawa k. górna <input type="checkbox"/> Lewa k. górna <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____						
Stan ogólny							
Diagnoza							
1 2 3 4							
Plan							
Przyczyna choroby/Urazu niebojowego							
<input type="checkbox"/> Kardiologiczna <input type="checkbox"/> Endokrynologiczna <input type="checkbox"/> Zakaźna <input type="checkbox"/> Uraz, Praca/Szkolenie <input type="checkbox"/> Psychiatryczna, stres <input type="checkbox"/> Inna medyczna/chirurgiczna <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Dermatologiczna <input type="checkbox"/> Gastroenterologiczna <input type="checkbox"/> Uraz sportowy <input type="checkbox"/> Uraz, inna <input type="checkbox"/> Płucna <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Gorączka nieznanego pochodzenia <input type="checkbox"/> Przegrzanie/wychłodzenie <input type="checkbox"/> Uraz komunikacyjny <input type="checkbox"/> Neurologiczna <input type="checkbox"/> Przenoszona drogą płciową <input type="checkbox"/> _____							
Środki bezpieczeństwa <input type="checkbox"/> Nieznane		Nosił	Nie nosił	Uderzone	Przebite		
Helm <input type="checkbox"/> Kevlar <input type="checkbox"/> ACH <input type="checkbox"/> MICH <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> AVN <input type="checkbox"/> USMC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kamizelka kuloodporna <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> XXXL <input type="checkbox"/> XXXXL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Płyta ceramiczna <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL		<input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Tył	<input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Tył	<input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Tył	<input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Tył		
Okulary <input type="checkbox"/> SPECS <input type="checkbox"/> SG-1 <input type="checkbox"/> BLPS <input type="checkbox"/> UVEX XC <input type="checkbox"/> ESS Land <input type="checkbox"/> ESS NVG <input type="checkbox"/> SWDG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Naramienne/pachowe <input type="checkbox"/> Boczne <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Lewo <input type="checkbox"/> Prawo	<input type="checkbox"/> Lewo <input type="checkbox"/> Prawo	<input type="checkbox"/> Lewo <input type="checkbox"/> Prawo	<input type="checkbox"/> Lewo <input type="checkbox"/> Prawo		
Zabezpieczenie szyi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Zabezpieczenie pachwin/nóg <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Pachwina <input type="checkbox"/> Nogi	<input type="checkbox"/> Pachwina <input type="checkbox"/> Nogi	<input type="checkbox"/> Pachwina <input type="checkbox"/> Nogi	<input type="checkbox"/> Pachwina <input type="checkbox"/> Nogi		
Przyjęty/przeniesiony do							
<input type="checkbox"/> Przyjęty do: <input type="checkbox"/> Przeniesiony do <input type="checkbox"/> Opieka tymczasowa wojenna <input type="checkbox"/> Opieka docelowa <input type="checkbox"/> Opieka lokalna <input type="checkbox"/> Opieka koalicji Nazwa zakładu opieki: <input type="checkbox"/> Powrót do służby <input type="checkbox"/> Zmarł (zobacz poniżej) Czas przeniesienia: Misja:					Kontrola urazu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Hipotermia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Koagulopatia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Wstrząs <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Klasa krwotoku <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		

Personel		Przyczyna zgonu	
Podpis lekarza: Nazwisko i imię lekarza (drukowanymi):		Anatomiczna: <input type="checkbox"/> Drogi oddechowe <input type="checkbox"/> Miednica <input type="checkbox"/> Głowa <input type="checkbox"/> Brzuch <input type="checkbox"/> Szyja <input type="checkbox"/> Kończyna dolna/górna <input type="checkbox"/> Klatka piersiowa <input type="checkbox"/> Inna (wpisać): _____	Patologiczna <input type="checkbox"/> Niewydolność wielonarządowa <input type="checkbox"/> Ogólne uszkodzenia ciała <input type="checkbox"/> OUN <input type="checkbox"/> Krwotok <input type="checkbox"/> Posocznica oddechowa <input type="checkbox"/> Inna:
Stopień, nazwisko i imię		Data urodzenia	
Numer karty ID	Wiek	Data	MTF