

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 ☐ Niemiarrowe ☐

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
- ☐ Świsły
- ☐ Furczenia
- ☐ Trzeszczenia
- ☐ Rzężenia
- ☐ Brak
- ☐ Inny

Tony serca

- ☐ Czyste, głośnie
- ☐ Ściszone
- ☐ Brak

Jama brzuszna

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

Żrenice

P

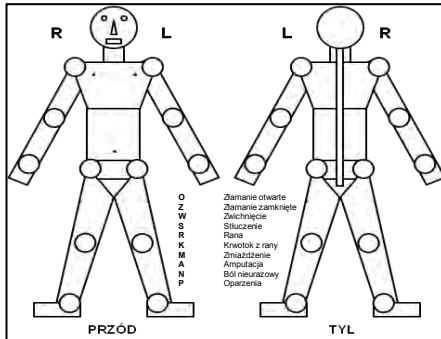
- ☐ Wąska
- ☐ Prawidłowa
- ☐ Szeroka
- ☐ Reaktywna
- ☐ Niereaktywna

L

- ☐ Wąska
- ☐ Prawidłowa
- ☐ Szeroka
- ☐ Reaktywna
- ☐ Niereaktywna

Skóra

- ☐ W normie
- ☐ Mokra
- ☐ Błada
- ☐ Zimna



- ☐ Odsysanie
- ☐ NG
- ☐ UG
- ☐ LMA rozm:
- ☐ LT-D rozm:
- ☐ Intubacja rozm:

Tlenoterapia

- ☐ Wąsy L/min.....
- ☐ Maski L/min.....
- ☐ Went. workiem

Respirator

- ☐ CMV
- ☐ SIMV
- ☐ Inne
- ☐ PEEP.....

FiO₂.....
Obj. oddechowa.....
Częstość.....

☐ Odbarczenie odmy
prężnej

☐ Opatrunek
Ashermana

- ☐ Defibrylacja.....
- ☐ Kardiowersja.....
- ☐ Stymulacja.....

EKG 12 odp.

- ☐ Rytm zatokowy
- ☐ SVT
- ☐ VT
- ☐ VF
- ☐ Asystolia
- ☐ PEA
- ☐ AF
- ☐ OZW.....

- ☐ Dostęp IV.....
- ☐ Dostęp IO.....

OPARZENIA

I° %
II° %
III° %

Ciąża

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Poród

- ☐ Tak
- ☐ Nie

- ☐ Opatrunek
- ☐ Unieruchomienie
- ☐ Monitorowanie
- ☐ Cewnikowanie
- ☐ Inne.....

LEK

CZAS

DAWKA/
DROGA
PODANIA

	LEK	CZAS	DAWKA/ DROGA PODANIA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

OPIS:

ROZPOZNANIE:

Podpis / pieczęć kierownika namiotu / ZRM

Kryptonim ZRM.....

Czynności wykonane podczas transportu:

Podpis / pieczęć kierownika ZRM

Transport do:

Pieczęć SOR / CU / Oddz. Spec.

Podpis / pieczęć lekarza dyżurnego
SOR / CU / Oddz. Spec.

Czas przekazania pacjenta: