

Numer karty nadany przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych
Data i godzina udzielenia świadczenia zdrowotnego (rrrr-mm-dd gg:mm)
Miejsce udzielenia świadczenia zdrowotnego
Dane podmiotu udzielającego świadczenia, ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych


[illegible]

<p><b>OŚWIADCZENIE PACJENTA</b></p> <p>Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na:</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 10px;"></div> <div> <p>udzielenie świadczenia zdrowotnego</p> <p>przewiezienie do szpitala</p> </div> </div> <p>Oświadczam również, że udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania.</p> <p>data i czas ..... - ..... - ..... r. .... : .....</p> <p>.....</p> <p><b>podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego</b></p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

**DANE PRZEDSTWICIELA USTAWOWEGO:** Imię (imiona): ..... Nazwisko: .....  
 Numer telefonu: ..... Adres zamieszkania: .....

## I - WYWIAD

## II - OPIS STANU ZDROWIA

GLASGOW-COMAS-SCALE		RTS		UKŁAD ODDECHOWY		ŻRNICIE		 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>PRZÓD</span> <span>TYŁ</span> </div>		O złamanie otwarte
<b>OTWIERANIE OCZU</b> spontanicznie .....4 na głos .....3 na ból .....2 brak .....1		<b>CZ. ODDECHÓW</b> 10-29 .....4 >29 .....3 6-9 .....2 1-5 .....1 brak .....0		częstość <input type="text"/> / min oddechów duszność <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sinica <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bezdech <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Reakcja na światło: L P prawidłowa <input type="text"/> <input type="text"/> powolna <input type="text"/> <input type="text"/> brak <input type="text"/> <input type="text"/> szerokość: L P normalna <input type="text"/> <input type="text"/> wąska <input type="text"/> <input type="text"/> szeroka <input type="text"/> <input type="text"/>				W złamanie zamknięte Z zwichnięcie S stłuczenie R rana K krwotok z rany M zmiażdżenie A amputacja N ból nieurazowy P oparzenie
<b>REAKCJA SŁOWNNA</b> zorientowany .....5 splątany .....4 niewłaściwe słowa .....3 nierozumiałe dźwięki .....2 brak .....1		<b>CISNIENIE SKURCZOWE</b> >89 .....4 76-89 .....3 50-75 .....2 1-49 .....1 0 .....0		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>L</span> <span>P</span> </div> szmer prawidłowy <input type="text"/> <input type="text"/> furczenie <input type="text"/> <input type="text"/> świsły <input type="text"/> <input type="text"/> trzeszczenie <input type="text"/> <input type="text"/> rzęzenie .. <input type="text"/> <input type="text"/> brak szmeru ..... inne: .....		<b>CISNIENIE TĘTNICZE</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm Hg <b>TĘTNO</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>miarowe <input type="text"/></span> <span>niemiary <input type="text"/></span> </div>		<input type="text"/> stopnia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="text"/> stopnia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="text"/> oparzenie wżewne		
<b>REAKCJA RUCHOWA</b> wykonuje polecenia .....6 lokalizacja bólu .....5 uciezka od bólu .....4 zgięciowa .....3 wyprostna .....2 brak .....1		<b>GLASGOW-COMAS SCALE</b> 13-15 .....4 9-12 .....3 6-8 .....2 4-5 .....1 3 .....0		SUMA <input type="text"/> <input type="text"/>				SUMA <input type="text"/> <input type="text"/>		

<b>OBJAWY</b>		<b>SKÓRA</b>		<b>JAMA BRZUSZNA</b>		<b>TONY SERCA</b>		<b>EKG</b>		
wstrząs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wygląd		w normie	<input type="checkbox"/>	czyste/głośnie	<input type="checkbox"/>	rytm zatokowy	<input type="checkbox"/>
NZK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w normie	<input type="checkbox"/>	bolesność	<input type="checkbox"/>	stłumione	<input type="checkbox"/>	tachykardia	<input type="checkbox"/>
obj. oponowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blada	<input type="checkbox"/>	palpacyna	<input type="checkbox"/>	inne:	<input type="checkbox"/>	nadkomorowa	<input type="checkbox"/>
drgawki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rumień	<input type="checkbox"/>	brak	<input type="checkbox"/>	<b>NIEDOWŁAD / PORAŻENIE</b>		tachykardia	<input type="checkbox"/>
afazja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zażółcenie	<input type="checkbox"/>	perystaltyki	<input type="checkbox"/>			L	P
wymioty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sinica obw	<input type="checkbox"/>	objawy	<input type="checkbox"/>	kończyna górna	<input type="checkbox"/>	migotanie/	<input type="checkbox"/>
biegunka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sinica centr	<input type="checkbox"/>	otrzewnowe	<input type="checkbox"/>	kończyna dolna	<input type="checkbox"/>	trzepotanie	<input type="checkbox"/>
krwawienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wilgotność</b>		<b>OCENA PSYCHO-RUCH.</b>		<b>ZAPACH Z UST</b>		przedślonków	<input type="checkbox"/>
obrzęki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w normie	<input type="checkbox"/>					AV blok	<input type="checkbox"/>
zasłabnięcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wilgotna	<input type="checkbox"/>	w normie	<input type="checkbox"/>	rozpuszczalnik org	<input type="checkbox"/>	SVES	<input type="checkbox"/>
hipotermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sucha	<input type="checkbox"/>	spowolniały	<input type="checkbox"/>	alkohol	<input type="checkbox"/>	VES	<input type="checkbox"/>
porażenie prądem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Temperatura:</b>		pobudzony	<input type="checkbox"/>	inne:	<input type="checkbox"/>	VF/VT	<input type="checkbox"/>
lub piorunem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w normie	<input type="checkbox"/>	agresywny	<input type="checkbox"/>	<b>POZIOM GLUKOZY</b> <input type="text"/> mg%		asystolia	<input type="checkbox"/>
			chłodna	<input type="checkbox"/>					rozszerzenie	<input type="checkbox"/>
<b>INNE</b>			ciepla	<input type="checkbox"/>					PEA	<input type="checkbox"/>
cięża	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							rozrusznik	<input type="checkbox"/>
poród	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							OZW	<input type="checkbox"/>
chor. zakaźna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							zawał	<input type="checkbox"/>
									inne:	<input type="checkbox"/>

<b>OPIS</b>	
Odstępiono od udzielania świadczeń zdrowotnych Data i czas: .....-.....-..... r. ....:.....	
Przyczyna odstąpienia: ..... ..... .....	

### III - ROZPOZNANIE

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

#### IV - UDZIELONE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

CZYNNOŚCI											
odsysanie.....	<input type="checkbox"/>	tlenoter. bierna.....	<input type="checkbox"/>	ręczny masaż serca.....	<input type="checkbox"/>	stymulacja zat. szyjnej.....	<input type="checkbox"/>	plukanie żołądka.....	<input type="checkbox"/>	kamizelka KED.....	<input type="checkbox"/>
went. workiem.....	<input type="checkbox"/>	kapnometria.....	<input type="checkbox"/>	autom. masaż serca.....	<input type="checkbox"/>	linia żyl. obw.....	<input type="checkbox"/>	kołnierz.....	<input type="checkbox"/>	inne.....	<input type="checkbox"/>
ruką UG.....	<input type="checkbox"/>	pulsoksymetria.....	<input type="checkbox"/>	defibrylacja.....	<input type="checkbox"/>	linia żyl. centr.....	<input type="checkbox"/>	deska ortopedyczna.....	<input type="checkbox"/>		
intubacja.....	<input type="checkbox"/>	EKG.....	<input type="checkbox"/>	kardiowersja.....	<input type="checkbox"/>	dostęp doszypikowy.....	<input type="checkbox"/>	materac próż.....	<input type="checkbox"/>		
maska/ruką krt.....	<input type="checkbox"/>	konikopunkcja.....	<input type="checkbox"/>	monitorowanie.....	<input type="checkbox"/>	cewnikowanie.....	<input type="checkbox"/>	unieruchomienie.....	<input type="checkbox"/>		
respirator.....	<input type="checkbox"/>	opatrunek.....	<input type="checkbox"/>	stymulacja zewn.....	<input type="checkbox"/>	sonda żołądkowa.....	<input type="checkbox"/>	pas do stab. mied.....	<input type="checkbox"/>		

ZASTOSOWANE PRODUKTY LECZNICZE ORAZ WYROBY MEDYCZNE (nazwa, dawka, droga podania - jeżeli dotyczy)	
----------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ZALECENIA / UWAGI		Kopię karty wydano: <input type="checkbox"/> pacjentowi <input type="checkbox"/> podmiotowi leczniczemu
-------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Postępowanie z pacjentem:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> pacjent pozostał w miejscu zdarzenia</p> <p><input type="checkbox"/> pacjent oddalił się samowolnie</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> pacjent przekazany zespołowi ratownictwa medycznego</p> <p><input type="checkbox"/> przekazany Policji      <input type="checkbox"/> Inne: .....</p> </div> </div>	<p>Data, podpis i pieczęć ratownika medycznego</p>  <p>.....</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------