

KARTA PRZEKAZANIA PACJENTA

Pieczęćka dysponenta jednostki

I. Dane ogólne			
Data	Godzina	Minuty	Nazwisko Imię pacjenta
Wezwanie			Wiek: _____ Płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Przybycie na miejsce			Miejsce i okoliczności : miasto <input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> praca <input type="checkbox"/> szkoła <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> ulica <input type="checkbox"/> miejsce publiczne <input type="checkbox"/>
Przekazania SOR / Izba przyjęć			

II. Ocena wstępna

Uraz <input type="checkbox"/>	typ: tępy <input type="checkbox"/>	penetrujący <input type="checkbox"/>	inny <input type="checkbox"/>
Mechanizm urazu: komunikacyjny <input type="checkbox"/> upadek <input type="checkbox"/> zmiążdżenie <input type="checkbox"/> ładlawienie <input type="checkbox"/> zemoc <input type="checkbox"/> amouszkodzenie <input type="checkbox"/> znie <input type="checkbox"/>			
Zatrucie <input type="checkbox"/>	Skazenie <input type="checkbox"/>	Hipertermia <input type="checkbox"/>	Hipotermia <input type="checkbox"/>
Ukąszenie <input type="checkbox"/>	Pogryzienie <input type="checkbox"/>	Uraz inhalacyjny <input type="checkbox"/>	Podtopienie <input type="checkbox"/>
Zatrzymanie krążenia <input type="checkbox"/>	Bezdech <input type="checkbox"/>	Duszność <input type="checkbox"/>	Drgawki <input type="checkbox"/>
Nudności / Wymioty <input type="checkbox"/>	Wstrząs <input type="checkbox"/>	Inne	<input type="checkbox"/>

Stan neurologiczny:	Oznaczyć na diagramie okolicę ciała odpowiednim symbolem			
Stan świadomości:	Kwotok (wew.) K (W)		Złamanie otwarte ZO	
zachowana <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>		Amputacja A	Stłuczenie ST
zaburzona <input type="checkbox"/>	GCS: pkt.....		Zmiążdżenie ZM	Ciało obce CO
brak <input type="checkbox"/>			Rana R	Oparzenie Stopień I, II, III OP
		Złamanie (Skręcenie) Zł (S)	Odma OD	

Tętno:	Ciśnienie tętnicze:	Oddech:
/min.	/min SaO2..... %
dobrze wyp. <input type="checkbox"/>		własny <input type="checkbox"/>
nitkowane <input type="checkbox"/>		wspomagany <input type="checkbox"/> worek oddechowy <input type="checkbox"/>
tylko na tt. szyjnych lub udowych <input type="checkbox"/>		kontrolowany <input type="checkbox"/> respirator <input type="checkbox"/>
		tlen: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
		%..... przepływ l/min.

Zabezpieczenie górnych dróg oddechowych:	Dostęp:	Drenaże <input type="checkbox"/>
bez zabezpieczenia <input type="checkbox"/>	dożylny <input type="checkbox"/> droga obwodowa <input type="checkbox"/>
rurka ustno-gardłowa <input type="checkbox"/>	droga centralna <input type="checkbox"/>	Cewniki <input type="checkbox"/>
rurka nosowo-gardłowa <input type="checkbox"/>	dotętniczy <input type="checkbox"/>
maska krtaniowa <input type="checkbox"/>	doszpikowy <input type="checkbox"/>	Opatrunki <input type="checkbox"/>
konikopunkcja <input type="checkbox"/>	
tracheotomia <input type="checkbox"/>		Unieruchomienia <input type="checkbox"/>
rurka dotchawicza <input type="checkbox"/>	

Podane leki (nazwa, postać, dawka, droga podania)	Inne informacje:

.....
data podpis kierownika zespołu ratownictwa medycznego