

WODNE OCHOTNICZE POGOTOWIE RATUNKOWE
WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO

Oddział miejsko-powiatowy w Iławie

14 – 200 Iława, ul. Sienkiewicza 24, tel. 502 534 089



KARTA UDZIELONEJ KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY Załącznik nr:.....

Numer zdarzenia	Godz. rozpoczęcia	Godz. zakończenia	Data	Imię i nazwisko ratownika
-----------------	-------------------	-------------------	------	---------------------------

I WYWIAD

	MIEJSCE ZDARZENIA
	Kąpielisko <input type="checkbox"/> Łódź <input type="checkbox"/> Przysań <input type="checkbox"/> Wyspa <input type="checkbox"/> Poza obsz. wod. <input type="checkbox"/> Pływalnia <input type="checkbox"/>

II BADANIE

UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /min duszność..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sinica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bezdech..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> saturacja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % *jeśli zespół posiada przyrząd	KRAŻENIE tętno <input type="checkbox"/> /min miarowe <input type="checkbox"/> niemiary. <input type="checkbox"/> nawrót kapilarny < 2 sek. <input type="checkbox"/> > 2 sek. <input type="checkbox"/> OBJAWY wstrząs..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NZK..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> drgawki..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wymioty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krwawienie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> biegunka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obrzęki..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zasłabnięcie... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zaburzenia mowy..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> brak obrażeń <input type="checkbox"/> Złamanie otwarte <input type="checkbox"/> Złamanie zamknięte <input type="checkbox"/> W Zwichnięcie <input type="checkbox"/> S Słuczenie <input type="checkbox"/> R Rana <input type="checkbox"/> K Krwotok z rany <input type="checkbox"/> M Zmiażdżenie <input type="checkbox"/> A Amputacja <input type="checkbox"/> N Ból neurazowy <input type="checkbox"/> P Oparzenie <input type="checkbox"/> Stopnia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Stopnia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Stopnia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Oparzenie wżewne
ŻRENICE reakcja na światło L P Prawidłowa..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> powolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szerokość normalna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wąska..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szeroka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		WSTĘPNA SEGREGACJA MEDYCZNA ZIELONY... <input type="checkbox"/> ŻÓŁTY..... <input type="checkbox"/> CZERWONY... <input type="checkbox"/> CZARNY..... <input type="checkbox"/>	

SKÓRA Wygląd: w normie... <input type="checkbox"/> blada..... <input type="checkbox"/> rumień..... <input type="checkbox"/> zażółcenie <input type="checkbox"/> zasinienie.. <input type="checkbox"/> Wilgotność w normie... <input type="checkbox"/> wilgotna... <input type="checkbox"/> sucha..... <input type="checkbox"/>	JAMA BRZUSZNA Miękki..... <input type="checkbox"/> Twardy..... <input type="checkbox"/> ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org... <input type="checkbox"/> Alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> NIEDOWŁAD/ PORAŻENIE L P kończyzna górna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kończyzna dolna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OPIS
INNE cięża..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> poród..... <input type="checkbox"/> chor. zakaź... <input type="checkbox"/>	TEMPERATURA w normie... <input type="checkbox"/> ciepła..... <input type="checkbox"/> chłodna... <input type="checkbox"/>	

III POSTĘPOWANIE

CZYNNOŚCI odsysanie..... <input type="checkbox"/> went. workiem..... <input type="checkbox"/> rurka UG..... <input type="checkbox"/> rurka krtaniowa..... <input type="checkbox"/> maska krtaniowa... <input type="checkbox"/> tlenoterapia bier.. <input type="checkbox"/>	defibrylacja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> kołnierz ortoped... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie.. <input type="checkbox"/>	poz. przeciwwstr.. <input type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> komf. psych. <input type="checkbox"/> komf. term..... <input type="checkbox"/> transport..... <input type="checkbox"/> monitorowanie... <input type="checkbox"/>	OPIS
--	--	--	-------------

IV DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE

DANE PACJENTA Imię..... Nazwisko..... Adres zam..... Numer PESEL.....	Data urodzenia..... Miejsce urodzenia..... Imię i nazwisko opiekuna prawnego jeśli istnieje:
--	---

POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM gg:mm :

przekazany zespołowi ratownictwa medycznego nr:.....w miejscu:.....

inne:.....