

OBJAWY strąś <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N NZK <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N objawy oponowe <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N drgawki <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N afazja <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N hipotermia <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N wymioty <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N biegunka <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N krwawienia <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N obrzęki <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N zasłabnięcia <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N porażenie prądem lub piorunem <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N	SKÓRA Wygląd w normie <input checked="" type="checkbox"/> X blada <input type="checkbox"/> rumień <input type="checkbox"/> zażółcenie <input type="checkbox"/> sinica obwodowa <input type="checkbox"/> sinica centralna <input type="checkbox"/> Wilgotność w normie <input checked="" type="checkbox"/> X wilgotna <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/>	JAMA BRZUSZNA w normie <input type="checkbox"/> bolesność palpacyjna <input checked="" type="checkbox"/> X brak perystaltyki <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe <input type="checkbox"/>	TONY SERCA czyste/głośnie <input type="checkbox"/> stłumione <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/>	EKG rytm zatokowy tachykardia nadkomorowa tachykardia komorowa migotanie/trzepotanie przedsionkowe AV blok sVES VES VF/VT Asystolia PEA rozrzuśnik OZW zawał inne
INNE ciąża <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N poród <input type="checkbox"/> choroba zakaźna <input type="checkbox"/>	TEMPERATURA w normie <input type="checkbox"/> chłodna <input type="checkbox"/> ciepła <input checked="" type="checkbox"/> X 39.0 °C	OCENA PSYCHO-RUCHOWA w normie <input checked="" type="checkbox"/> X spowolniony <input type="checkbox"/> pobudzony <input type="checkbox"/> agresywny <input type="checkbox"/>	NIEDOWŁĄD/PORAŻENIE kończyna górna lewa <input type="checkbox"/> kończyna górna prawa <input type="checkbox"/> kończyna dolna lewa <input type="checkbox"/> kończyna dolna prawa <input type="checkbox"/>	ZAPACH Z UST rozpuszczalnik organiczny <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
POZIOM GLUKOZY <input type="text"/> mg% <input type="text"/> LO <input type="text"/> HI <input type="text"/> g/l <input type="text"/> LO <input type="text"/> HI				

IV ROZPOZNANIE

OPIS
R10.4 Inny i nieokreślony ból brzucha, R50.9 Gorączka, nieokreślona;

KOD ICD10
R10.4
KOD ICD10
R50.9
KOD ICD10

V POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI

<input type="checkbox"/> odsysanie <input type="checkbox"/> wentylacja workiem <input type="checkbox"/> rurka UG <input type="checkbox"/> intubacja <input type="checkbox"/> respirator <input type="checkbox"/> tlenoterapia bierna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> kapnometria <input checked="" type="checkbox"/> X pulsoksymetria <input type="checkbox"/> konikopunkcja <input type="checkbox"/> EKG 1-3 <input type="checkbox"/> EKG 12 <input type="checkbox"/> teletransmisja	<input type="checkbox"/> ręczny masaż serca <input type="checkbox"/> autom. masaż serca <input type="checkbox"/> defibrylacja <input type="checkbox"/> kardiowersja <input checked="" type="checkbox"/> X monitorowanie <input type="checkbox"/> stymulacja zewn.	<input type="checkbox"/> stymulacja zat. szyjnej <input checked="" type="checkbox"/> X linia żył obw. <input type="checkbox"/> linia żył centr. <input type="checkbox"/> dostęp doszpikowy <input type="checkbox"/> cewnikowanie <input type="checkbox"/> sonda żołądkowa	<input type="checkbox"/> płukanie żołądka <input type="checkbox"/> kołnierz <input type="checkbox"/> deska ortopedyczna <input type="checkbox"/> materac próżn. <input type="checkbox"/> unieruchomienie <input type="checkbox"/> pas do stabilizacji	<input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> opatrunek <input type="checkbox"/> pomoc przy porodzie spontanicznym
--	--	--	--	--	--

Zastosowane leki i wyroby medyczne (nazwa, dawka, droga podania):
Pyralgin roztwór do wstrzykiwań 500 mg/ml, dożylnie, 2.5 g;

Zalecenia/uwagi Kierownika ZRM:

VI PODSUMOWANIE

Skład ZRM: Kierownik

Patrycja Kraus - Ratownik Medyczny - Kierowca ZRM

Sylvia Podsadecka - Ratownik Medyczny - Kierownik ZRM

Udzielono medycznych czynności ratunkowych:

<input type="checkbox"/> brak pacjenta w miejscu zdarzenia <input checked="" type="checkbox"/> X udzielono medycznych czynności ratunkowych i przetransportowano do: <input type="checkbox"/> IP <input checked="" type="checkbox"/> X SOR <input type="checkbox"/> CU <input type="checkbox"/> CUD <input type="checkbox"/> JWS <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> przekazano <input type="checkbox"/> pacjent nie wyraża zgody na	<input type="checkbox"/> pacjent pozostał na miejscu zdarzenia Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej Al. Armii Krajowej
---	--

Data i czas realizacji zlecenia:

Wyjazdu ZRM: 28-04-2023 15:01:41
 Przybycia na miejsce zdarzenia: 28-04-2023 15:15:06
 Przybycia do podmiotu leczniczego: 28-04-2023 15:54:32

Przekazania pacjenta:

Zakończenia zlecenia:

Wydano kartę medycznych czynności ratunkowych

Imię i nazwisko:

Załączniki:

☐ Karta chorób zakaźnych ☐ Karta przymusu bezpośredniego ☐ Niebieska karta

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych:

Imię i nazwisko: Sylvia Podsadecka
 Tytuł zawodowy: Ratownik medyczny
 Nr PWZ:

Podpis kierownika