

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

**DANE PACJENTA**

Imię (imiona):

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

ul.:  nr:  m:

data urodzenia:

PESEL\*:

Płeć: K / M

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na:

☐ udzielenie świadczenia zdrowotnego  
przewiezienie do szpitala

Oświadczam również, że udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania.

d a t a i c z a s ..... - ..... - ..... r. .... : .....

.....

podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

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

## I - WYWIAD

## II - OPIS STANU ZDROWIA

GLASGOW-COMA-SCALE		RTS		UKŁAD ODDECHOWY		ŻRENICE	
<u>OTWIERANIE OCZU</u>		<u>CZ. ODDECHÓW</u>		częstość oddechów <input type="text"/> / min		Reakcja na światło:	
spontanicznie .....4		10-29 .....4		duszność ..... <input type="text"/> T <input type="text"/> N		prawidłowa ..... <input type="text"/> L <input type="text"/> P	
na głos .....3		>29 .....3		sinica ..... <input type="text"/> T <input type="text"/> N		powolna ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
na ból .....2		6-9 .....2		bezdech ..... <input type="text"/> T <input type="text"/> N		brak ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
brak .....1		1-5 .....1				szerokość:	
<u>REAKCJA SŁOWNA</u>		brak .....0				normalna ..... <input type="text"/> L <input type="text"/> P	
zorientowany .....5		<u>CISNIENIE</u>				wąska ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
splątany .....4		<u>SKURCZOWE</u>				szeroka ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
niewłaściwe słowa .....3		>89 .....4		prawidłowy ..... <input type="text"/> L <input type="text"/> P			
niezrozumiałe dźwięki .....2		76-89 .....3		nieprawidłowe ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
brak .....1		50-75 .....2		brak ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<u>REAKCJA RUCHOWA</u>		1-49 .....1		inne ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
wykonuje polecenia .....6		0 .....0					
lokalizacja bólu .....5		GLASGOW-COMA SCALE					
ucieczka od bólu .....4		13-15 .....4					
zgięciowa .....3		9-12 .....3					
wyprostna .....2		6-8 .....2					
brak .....1		4-5 .....1					
		3 .....0					
SUMA <input type="text"/> <input type="text"/>		SUMA <input type="text"/> <input type="text"/>		Saturacja... <input type="text"/> %		CIŚNIENIE TĘTNICZE <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mm Hg	
						TĘTNO <input type="text"/> /min	
						miarowe <input type="text"/>	
						niemiara <input type="text"/>	

☐ brak obrażeń  
 O złamanie otwarte  
 Z złamanie zamknięte  
 W zwicznienie  
 S stłuczenie  
 M rany i zadrapania  
 A amputacja N ból

P oparzenie

stopnia				%
stopnia				%
oparzenie wziewne				

OBJAWY		
wstrząs .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NZK .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obj. oponowe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drgawki .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
afazja .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wymioty .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
biegunka .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
krwawienie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obrzęki .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zastąpienie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hipotermia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
porażenie prądem lub piorunem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SKÓRA**

Wygląd

w normie ..... ☐

blada ..... ☐

rumień ..... ☐

zażółcenie ..... ☐

sinica obw ..... ☐

sinica centr ..... ☐

Wilgotność

w normie ..... ☐

wilgotna ..... ☐

sucha ..... ☐

Temperatura:

w normie ..... ☐

chłodna ..... ☐

ciepła ..... ☐

<b>JAMA BRZUSZNA</b>	
w normie .....	<input type="checkbox"/>
bolesność palpacyjna .....	<input type="checkbox"/>
brak	
perystaltyki .....	<input type="checkbox"/>
objawy	
otrzewnowe .....	<input type="checkbox"/>

<b>OCENA PSYCHO-RUCH.</b>	
w normie .....	<input type="checkbox"/>
spowolniały.....	<input type="checkbox"/>
pobudzony .....	<input type="checkbox"/>
agresywny .....	<input type="checkbox"/>

<b>TONY SERCA</b>	
czyste/głośnie .....	<input type="checkbox"/>
stłumione .....	<input type="checkbox"/>
inne: .....	<input type="checkbox"/>
<b>NIEDOWŁĄD / PORAŻENIE</b>	
kończyna górna .....	<input type="checkbox"/>
	L P
kończyna dolna .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<b>ZAPACH Z UST</b>	
rozpuszczalnik org.....	<input type="checkbox"/>
alkohol .....	<input type="checkbox"/>
inne: .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<b>POZIOM GLUKOZY</b>	
<input type="text"/>	mg%

EKG	
rytm zatokowy .....	<input type="checkbox"/>
tachykardia nadkomorowa .....	<input type="checkbox"/>
tachykardia komorowa .....	<input type="checkbox"/>
migotanie/ trzepotanie przedsionków .....	<input type="checkbox"/>
AV blok .....	<input type="checkbox"/>
sVES .....	<input type="checkbox"/>
VES .....	<input type="checkbox"/>
VF/VT .....	<input type="checkbox"/>
asystolia .....	<input type="checkbox"/>
PEA .....	<input type="checkbox"/>
rozrusznik .....	<input type="checkbox"/>
OZW .....	<input type="checkbox"/>
zawał .....	<input type="checkbox"/>
inne: .....	

OPIS	
<p>Odstąpiono od udzielania świadczeń zdrowotnych</p> <p>Data i czas:.....-.....-.....r,.....:.....:.....</p> <p>Przyczyna odstąpienia:.....</p> <p>.....</p>	

### III - ROZPOZNANIE

OPIS	KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10

#### IV - UDZIELONE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

<b>CZYNNOŚCI</b>											
odsysanie.....	<input type="checkbox"/>	tlenoter. bierna .....	<input type="checkbox"/>	ręczny masaż serca .....	<input type="checkbox"/>	stymulacja zat. szyjnej .....	<input type="checkbox"/>	płukanie 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"/>
.....	<input type="checkbox"/>	pulsoksymetria .....	<input type="checkbox"/>	defibrylacja .....	<input type="checkbox"/>	linia żyl. centr. ....	<input type="checkbox"/>	deska ortopedyczna .....	<input type="checkbox"/>		
rurka UG .....	<input type="checkbox"/>	EKG .....	<input type="checkbox"/>	kardiowersja.....	<input type="checkbox"/>	dostęp doszpicowy .....	<input type="checkbox"/>	materac próż. ....	<input type="checkbox"/>		
intubacja	<input type="checkbox"/>	konikopunkcja .....	<input type="checkbox"/>	monitorowanie .....	<input type="checkbox"/>	cewnikowanie.....	<input type="checkbox"/>	unieruchomienie .....	<input type="checkbox"/>		
.....	<input type="checkbox"/>	opatrunek .....	<input type="checkbox"/>	stymulacja zewn.....	<input type="checkbox"/>	sonda żołądkowa .....	<input type="checkbox"/>	pas do stab. mied. ....	<input type="checkbox"/>		

maska/rurka	krt	
ZASTOSOWANE PRODUKTY LECZNICZE ORAZ WYROBY MEDYCZNE (nazwa, dawka, droga podania - jeżeli dotyczy)		
.....		

Kopię karty wydano: ☐ pacjentowi ☐ podmiotowi leczniczemu

<p><b>Postępowanie z pacjentem:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> pacjent pozostał w miejscu zdarzenia  <input type="checkbox"/> pacjent oddał się samowolnie         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> pacjent przekazany zespołowi ratownictwa medycznego  <input type="checkbox"/> przekazany Policji      <input type="checkbox"/> Inne: .....         </div> </div>	<p>Data, podpis i pieczęć ratownika medycznego</p> <div style="border-top: 1px dotted black; height: 20px;"></div>
--	---

\*jeśli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

## Zapisz

# Drukuj

cofnij do  
karty głównej

Gotowe

Wprowadz tekst

Zaznacz

## KARTA INDYWIDUALNA RATOWNIKA MEDYCZNEGO

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

### DANE PACJENTA

Imię (imiona):

Nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

ul: ..... nr: ..... m: ..... .....

data urodzenia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL\*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Płeć: K / M

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na:



udzielenie świadczenia zdrowotnego  
przewiezienie do szpitala

Oświadczam również, że udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania.

d a t a i c z a s ..... - ..... - ..... r. .... : .....

.....

podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

### DANE PRZEDSTWICIELA USTAWOWEGO

Imię (imiona): ..... Nazwisko: .....

Numer telefonu: ..... Adres zamieszkania: .....

Poprzednia  
karta

<< Wróć

Następna  
karta

Dalej >>

I - WYWIAD

Wprowadz tekst

Gotowe

|

<< Wróć

Dalej >>



## II - OPIS STANU ZDROWIA

Zaznacz po jednym  
zlicz sume

Gotowe

GLASGOW-COMA-SCALE	
<u>OTWIERANIE OCZU</u>	
spontanicznie .....	4 <input type="checkbox"/>
na głos .....	3 <input type="checkbox"/>
na ból .....	2 <input type="checkbox"/>
brak .....	1 <input checked="" type="checkbox"/>
<u>REAKCJA SŁOWNNA</u>	
zorientowany .....	5 <input type="checkbox"/>
splątany .....	4 <input type="checkbox"/>
niewłaściwe słowa .....	3 <input checked="" type="checkbox"/>
niezrozumiałe dźwięki .....	2 <input type="checkbox"/>
brak .....	1 <input type="checkbox"/>
<u>REAKCJA RUCHOWA</u>	
wykonuje polecenia .....	6 <input type="checkbox"/>
lokalizacja bólu .....	5 <input type="checkbox"/>
ucieczka od bólu .....	4 <input checked="" type="checkbox"/>
zgięciowa .....	3 <input type="checkbox"/>
wyprostna .....	2 <input type="checkbox"/>
brak .....	1 <input type="checkbox"/>
SUMA	<input type="text" value="8"/>

<b>RTS</b>	
<u>CZ. ODDECHÓW</u>	
10-29 .....	4 <input type="checkbox"/>
>29 .....	3 <input type="checkbox"/>
6-9 .....	2 <input type="checkbox"/>
1-5 .....	1 <input type="checkbox"/>
brak .....	0 <input type="checkbox"/>
<u>RR SKURCZOWE</u>	
>89 .....	4 <input type="checkbox"/>
76-89 .....	3 <input type="checkbox"/>
50-75 .....	2 <input type="checkbox"/>
1-49 .....	1 <input type="checkbox"/>
0 .....	0 <input type="checkbox"/>
<u>GCS</u>	
13-15 .....	4 <input type="checkbox"/>
9-12 .....	3 <input type="checkbox"/>
6-8 .....	2 <input type="checkbox"/>
4-5 .....	1 <input type="checkbox"/>
3 .....	0 <input type="checkbox"/>
SUMA	<input type="text" value=""/>

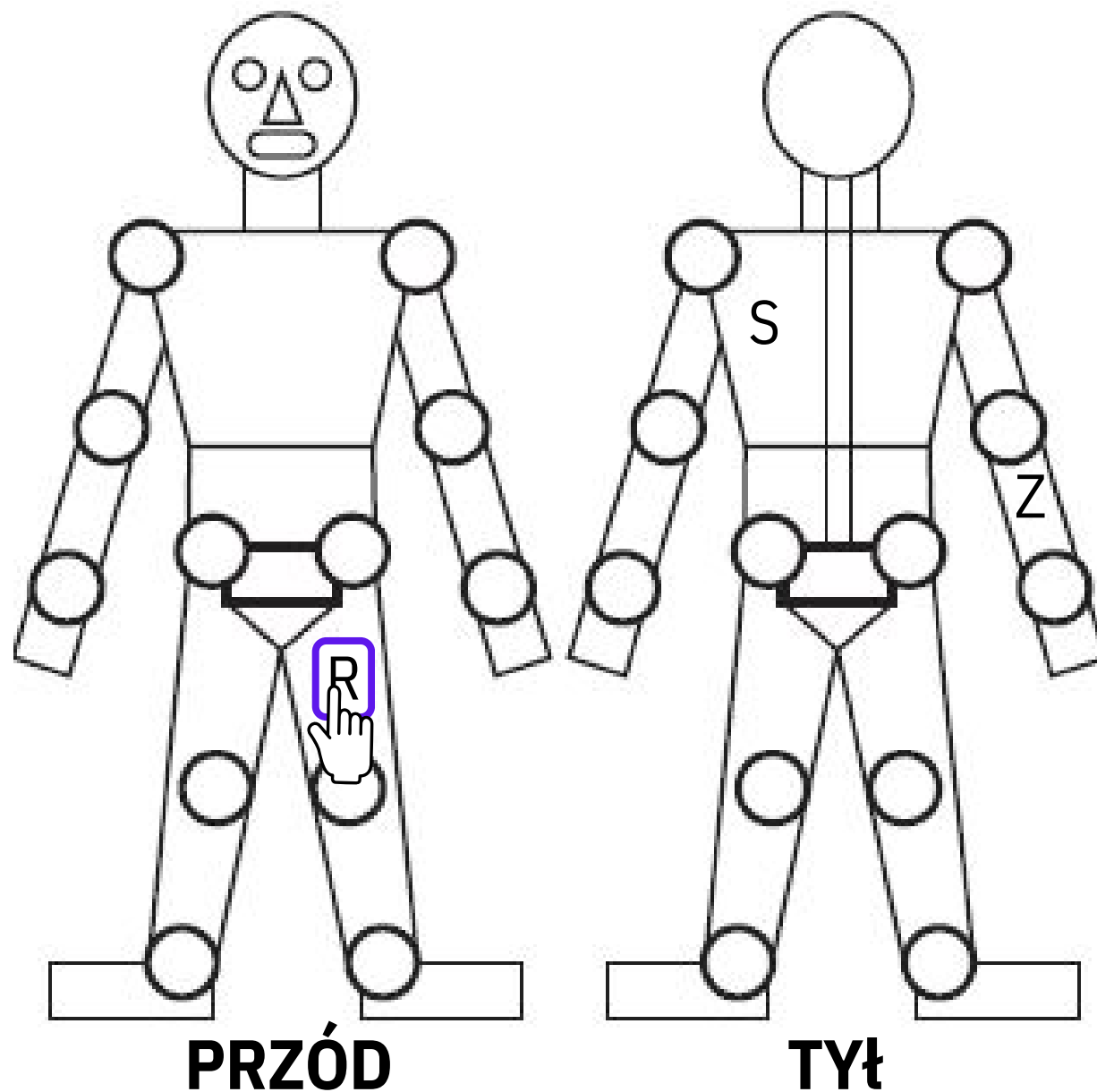
<b>UKŁAD ODDECHOWY</b>		
częstość oddechów	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> / min
duszność .....	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> N
sinica .....	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> N
bezdech .....	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> N
	L	P
szmer prawidłowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
furczenie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
świsty .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trzeszczenie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rzęzenie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brak szmeru .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inne: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Saturacja....	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> %

<b>ŻRENICE</b>		
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:		
	L	P
normalna .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wąska .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szeroka .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CIŚNIENIE TĘTNICZE</b>		
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> mm Hg
<b>TĘTNO</b>		
	miarowe	<input type="checkbox"/>
<input type="text" value=""/>	/min	niemiar. <input type="checkbox"/>

<< Wróć

Dalej >>

Gotowe



☐ brak obrażeń

O złamanie otwarte

Z złamanie zamknięte

W zwichnięcie

S stłuczenie

R rana

K krwotok z rany

M zmiążdzenie

A amputacja

N ból neuropatyczny

P oparzenie

Wybierz rodzaj  
i zaznacz miejsce

☐ stopnia ☐ ☐ ☐ %

☐ stopnia ☐ ☐ ☐ %

☐ oparzenie wżewne

<< Wróć

Dalej >>