

ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

PROTOKÓŁ PACJENTA Z UDAREM



PROTOKÓŁ PACJENTA Z UDAREM

ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

LISTA KONTROLNA BADANIA PACJENTA Z UDAREM

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

DATA URODZENIA:
PESEL:

Formularz wstępnej oceny

Czas wystąpienia objawu (czas, gdy ostatnio samopoczucie pacjenta było normalne)³

Czas

:

Badanie przesiewowe oceny ryzyka udaru¹

	Prawidłowo	Nieprawidłowo
<input type="checkbox"/> Opadanie kąćka ust lub powieki	Obie strony twarzy poruszają się równomiernie.	Jedna strona twarzy wcale się nie porusza.
<input type="checkbox"/> Opadanie ręki	Obie ręce poruszają się równomiernie lub wcale.	Jedna ręka opada w stosunku do drugiej.
<input type="checkbox"/> Mowa	Pacjent używa właściwych słów i nie bełkocze.	Pacjent bełkocze lub używa niewłaściwych słów lub wcale nie mówi.

☐ Rozpoznanie podejrzenia udaru – **niewłotne przewiezienie do najbliższego szpitala gotowego do leczenia pacjentów z udarem**

Wstępne powiadomienie szpitala w drodze do niego

- ☐ Zaalarmować zespół leczenia udarów.
- ☐ Zapewnić natychmiastowy dostęp do badań obrazowych w chwili przyjazdu (TK lub MRI).
- ☐ Zawiadomić o potencjalnej konieczności podania leków trombolitycznych.

ABC pierwszej pomocy (Airways, Breathing, Circulation)³

- ☐ Unieść górną część ciała o 30°.
- ☐ Zapewnić dostęp dożylny (najlepiej dwa duże wenflony przepłukiwane solą fizjologiczną) i rozpocząć infuzję 0,9% roztworu soli².
- ☐ Zmierzyć poziom nasycenia tlenem krwi kapilamej i w razie potrzeby podać tlen (ostrożnie u pacjentów z POChP)²⁻³.

Badanie poziomu cukru we krwi

mg/dl

- ☐ Hipoglikemia: <50 mg/dl (<2,8 mmol/l) – bolus dożylny dekstrozy lub wlew 10-20% glukozy².
- ☐ Hiperglikemia: >180 mg/dl (10 mmol/l) – zastosować sól fizjologiczną dożylnie i unikać roztworów glukozy. Skonsultować się z lekarzem w kwestii konieczności zwiększenia dawki insuliny².

Ciepłota krwi

mmHg

- ☐ Niedociśnienie: ciśnienie skurczowe ≤120 mmHg (brak oznak zastoinowej niewydolności serca) – 500 ml roztworu elektrolitowego lub NaCl 0,9% iv.².
- ☐ Nadciśnienie: ciśnienie skurczowe >220 mmHg, ciśnienie rozkurczowe >120 mmHg – wskazane jest ostrożne obniżanie ciśnienia krwi pod ścisłą kontrolą lekarską. Unikać nifedypiny podjęzykowo. Rozważyć dożylną podanie labetalolu lub urapidylu².

Bieżący i wcześniejszy wywiad medyczny

☐ Zaburzenia krzepnięcia lub niedawny udar

☐ Cukrzyca

☐ Nadciśnienie

☐ Migotanie przedsionków

☐ Nowotwór

☐ Uraz lub upadek przed wystąpieniem objawów

☐ Niedawno przebyte zabiegi inwazyjne lub chirurgiczne

Aktualnie przyjmowane leki (proszę wymienić)

Zwłaszcza leki przeciwkrzepliwie, inhibitory agregacji płytek krwi

Funkcjonowanie i stopień niezależności przed wystąpieniem objawów

Rozwój objawów

☐ Stabilny

☐ Niestabilny

☐ Poprawa

☐ Pogorszenie

Członek zespołu ratownictwa medycznego, imię i nazwisko	Numer zespołu	Podpis	Data
			Czas

Dokumenty referencyjne:
1. Acad Emerg Med. 1997 Oct;4(10):986-90. 2. Europejska Organizacja do Walki z Udarem (ang. European Stroke Organisation, ESO). Wytyczne 2008. Cerebrovasc Dis 2008;25(5):457-507. 3. Wytyczne AHA/ASA. Stroke.2013;44:870-947

Niniejsze listy kontrolne podano jako przykład. Należy je przed użyciem zaadaptować do miejscowych przepisów i charakterystyki produktów leczniczych.