Einsatz- und Reanimationsprotokoll Rettungsdienst Bayern

© Bayerisches Rotes Kreuz - 03/2013

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Patienten — geb. am

Anschrift

Einsatzort Details

Patient — Geburtsmonat/-jahr
○ männlich
○ weiblich
○ 1-7 Tage ○ 8-28 Tage
Infektpatient ○ ja ○ nein

1. Daten/Zahlen

Einsatznummer _____

Rettungswache _____

Funkrufname _____ ○ RTW ○ KTW ○ HVO/SAN

Einsatzort ○ Wohnung ○ Altenheim ○ Arbeitsplatz ○ Arztpraxis ○ Straße ○ öffentlicher Raum ○ Krankenhaus ○ Massenveranstaltung ○ Bildungseinrichtung ○ Sportstätte ○ Geburtshaus ○ Sonstiger

Funkrufname NEF _____ Zielklinik _____

Datum
Notruf
Alarm
Eintreffen am
Einsatzort
Patient
Transport
Beginn
Klinik an

2. Notfallgeschehen, Anamnese, Erstbefund — Reanimation oder Todesfeststellung: alle hinterlegten Felder und Rückseite ausfüllen = Reanimationsdatensatz

Allergien

Symptombeginn Unfall/Kollaps Zeitp.

Kollaps beobachtet
○ ja, durch Ersthelfer
○ ja, durch HVO/FR
○ ja, durch RTW/KTW
○ ja, durch Notarzt
○ nicht beobachtet

3. Befund

Neurologie — Zeitpunkt

Glasgow-Coma-Scale

Augen öffnen
- spontan 4
- auf Aufforderung 3
- auf Schmerzreiz 2
- kein 1

beste verbale Reaktion
- konversationsfähig
  - orientiert 5
  - desorientiert 4
- inadäquate Äusserungen (Wortsalat) 3
- unverständliche Laute 2
- keine 1

beste motorische Reaktion
- auf Aufforderung 6
- auf Schmerzreiz
  - gezielt 5
  - normale Beugeabwehr 4
- Beugesynergismen 3
- Strecksynergismen 2
- keine 1

SUMME

Bewusstseinslage
○ wach/ansprechbar
○ reagiert auf Ansprache/somnolent
○ reagiert auf Schmerzreiz/soporös
○ bewusstlos

Neurologische Auffälligkeiten
○ keine
○ kein Lächeln (Asymmetrie)
○ Seitenzeichen (Asymmetrie)
○ periphere Motorik (Hebeschwäche)
○ Sprachstörungen
○ Sehstörungen
○ Querschnittsymptomatik
○ Babinski-Zeichen
○ Meningismus
○ vorbestehendes neurologisches Defizit
○ Demenz

Pupillenreaktion

li		*re*
○	eng	○
○	mittel	○
○	weit	○
○	entrundet	○
○	keine Reaktion	○

Messwerte — "NM" = nicht messbar/schlechte Signalqualität

RR ___ / ___ — Puls ___ / min — regelmäßig ○ ja ○ nein
BZ ___ mg/dl — AF ___ / min
Temp. ___ °C — SpO_2 ___ % — ○ mit O_2 ○ ohne O_2

Schmerzen 0 — 5 — 10

EKG (schwerwiegendster Befund)
○ Sinusrhythmus
○ absolute Arrhythmie
○ AV-Block II°
○ AV-Block III°
○ schmale QRS-Tachykardie
○ breite QRS-Tachykardie
○ Infarkt-EKG/STEMI
○ Schrittmacherrhythmus
○ _____
○ nicht beurteilbar

bei Reanimation:
○ Kammerflimmern/-flattern
○ Asystolie ○ pulslose elektrische Aktivität
○ Sinusrhythmus < 60 / min (nur bei Kindern)

Atmung
○ unauffällig/Spontanatmung
○ Hyperventilation
○ Dyspnoe
○ Zyanose
○ Atemwegsverlegung
○ Stridor
○ Spastik
○ Rasselgeräusche
○ nicht beurteilbar

bei Atem-/Kreislaufstillstand:
○ Schnappatmung
○ Apnoe
○ Beatmung

Hautbefund
○ unauffällig
○ Kaltschweißigkeit
○ stehende Hautfalte
○ Ödeme
○ Exanthem
○ Dekubitus
○ nicht beurteilbar

4. Erstdiagnose

Erkrankung

ZNS
○ Apoplex/TIA (Stroke)
○ Blutung (ICB/SAB)
○ Krampfanfall
○ _____

Herz-Kreislauf
○ akutes Koronarsyndrom
○ Rhythmusstörung
○ Lungenembolie
○ Lungenödem
○ Hypertonie
○ Synkope
○ _____

Atmung
○ Asthma/exazerbierte COPD
○ Aspiration
○ Pneumonie/Bronchitis
○ Hyperventilation
○ _____

Stoffwechsel
○ Hypoglykämie
○ Hyperglykämie
○ _____

Abdomen ○ keine
○ akutes Abdomen
○ gastrointestinale Blutung
○ Kolik
○ _____

Psychiatrie
○ Psychose/Depression/Manie
○ Erregungszustand
○ Suizidversuch
○ _____

Gynäkologie/Geburtshilfe
○ vaginale Blutung
○ Geburt/beginnende Geburt
○ _____

Sonstige
○ anaphylakt. Reaktion, Grad: ___
○ Intoxikation
○ Alkohol/Drogen/Medikamente
○ Unterkühlung
○ Ertrinken
○ Exsikkose
○ Tumorleiden
○ _____

Verletzungen ○ keine

	leicht	mittel	schwer
SHT	○	○	○
Gesichtstrauma	○	○	○
HWS-Trauma	○	○	○
Thoraxtrauma	○	○	○
Abdominaltrauma	○	○	○
BWS/LWS-Trauma	○	○	○
Beckentrauma	○	○	○
Weichteiltrauma	○	○	○

	re	li	re	li	re	li
obere Extremitäten	○	○	○	○	○	○
untere Extremitäten	○	○	○	○	○	○

○ Verbrennung/Verbrühung
_____ Grades _____ %
_____ Grades _____ %
○ Inhalationstrauma
○ Elektrounfall
○ Tauchunfall
○ sonstige
○ _____

Unfallhergang
○ Sturz > 3m
○ Sturz < 3m
○ Schuss ○ Stich
○ Schlag (Gegenstand)
○ andere Unfallart
○ Fußgänger angefahren
○ PKW/LKW-Insasse
○ Motorradfahrer ○ Fahrradfahrer
○ andere Verkehrsmittel (z.B. Zug)
○ Reitunfall

Unfallmechanismus
○ stumpf
○ penetrierend
○ lokal
○ generalisiert

Erst-/Arbeitsdiagnose _____

5. Maßnahmen

Ersthelfermaßnahmen
- ○ suffizient
- ○ insuffizient
- ○ keine

Monitoring und Medizintechnik
- ○ 12-Kanal-EKG
- ○ Funk-EKG-Übermittlung
- ○ Schrittmacher verwendet
- ○ Spritzenpumpe
- ○ FO-Intubationshilfe
- ○ Transportinkubator
- ○ invasive RR-Messung
- ○ Pulsoxymetrie
- ○ Kapnometrie
- ○ Ultraschall
- ○ andere Technik _____

○ **Maßnahmen aufgrund rechtfertigenden Notstandes**

Atmung
- O_2-Gabe ___ l/min
- ○ keine Maßnahmen
- ○ Demand-Ventil
- ○ Atemwege freimachen
- ○ absaugen
- ○ Masken-/Beutelbeatmung
- ○ Maskenbeatmung unmöglich

Atemwegssicherung
- ○ Larynxmaske
- ○ Larynxtubus
- ○ Combitubus
- ○ I-GEL®
- ○ andere
- ○ endotracheale Intubation
- ○ Intubation erschwert, mehr als 1 Versuch
- ○ unterstützte Spontanatmung (CPAP/NIV)
- ○ kontrollierte Beatmung (PCV/CMV)
- ○ Koniotomie/chir. Atemweg
- ○ Verfahrenswechsel: Atemwegszugang erschwert
  Größenangabe: _____

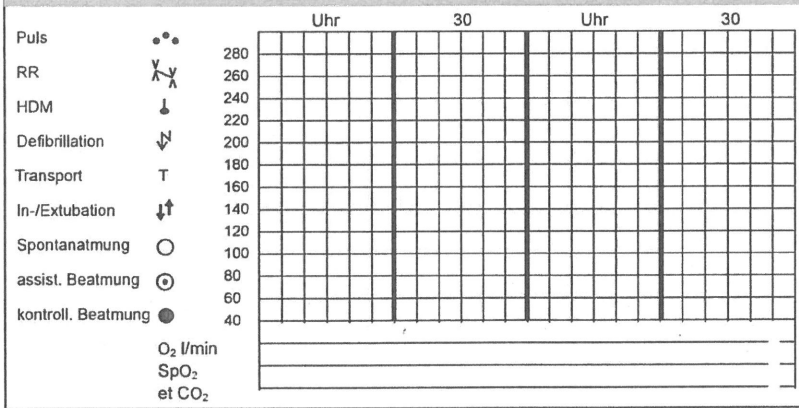
Medikamentenzugang ○ keiner
- ○ i. v.-Zugang Anzahl ___
  Ort/Größe _____
  Ort/Größe _____
- ○ i. v.-Zugang erschwert, mehr als 2 Versuche
- ○ i. v.-Zugang unmöglich, anderer Zugangsweg
- ○ i. o.-Zugang Anzahl ___
  Ort/Größe _____
- ○ andere Punktion
  _____
- ○ transnasale Medikamentengabe

Reanimation
- Telefonreanimation ○ ja ○ nein
- Energie der ersten erfolgreichen Defibrillation ___ Joule
- Anzahl Defibrillationen gesamt ___
- HDM mit Feedbacksystem ○ nein ○ ja Typ _____
- mechanisierte Herzdruckmass. ○ nein ○ ja Typ _____
- aktive Kühlung nach/bei Reanimation ○ nein ○ ja Typ _____
- weitere technische Hilfsmittel ○ nein ○ ja Typ _____
- ○ ROSC Zeitpunkt ___
- therapiefreies Intervall ○ nicht bekannt
  ○ < 5 min ○ 10 - 15 min
  ○ 5 - 10 min ○ > 15 min

Lagerung, Transport, notfallmed. Maßnahmen
- ○ OK-Hochlagerung
- ○ Flachlagerung
- ○ Schocklagerung
- ○ stabile Seitenlage
- ○ sitzender Transport
- ○ Fahrtrage
- ○ sonstige _____
- ○ Kühlung (Verletzung)
- ○ Wärmeerhalt
- ○ Reposition
- ○ Verband
- ○ Tragestuhl
- ○ Tragetuch
- ○ HWS-Stabilisierung
- ○ Vakuummatratze
- ○ Spineboard
- ○ Schaufeltrage
- ○ Extremitätenschienung
- ○ Entbindung
- ○ Krisenintervention

Medikamente	Dosis	Medikamente	Dosis
○ kristalloide Infusion	___ ml	○ Diazepam	___ mg
○ Epinephrin	___ mg	○ Nitrospray	___
○ Atropin	___ mg	○ $ß_2$-Mimetikum inhalativ	___
○ Amiodaron	___ mg	○	___
○ Analgesie:	___	○	___
○ Glukose	___	○	___

6. Verlauf



Verlaufsbeschreibung
_____

Einsatzbeschreibung
- ○ Transport ohne NA
- ○ Transport mit NA
- ○ Übergabe an anderes RM _____
- ○ dringende Patientenverlegung
- ○ ambulante Versorgung vor Ort (Hilfeleistung)
- ○ Patient verweigert Transport (siehe Rückseite)

7. Übergabe

Zeitpunkt ___ Glasgow-Coma-Scale ___

Bewusstseinslage
- ○ analgosediert
- ○ wach/ansprechbar
- ○ reagiert auf Ansprache
- ○ reagiert auf Schmerzreiz
- ○ bewusstlos
- ○ nicht beurteilbar

Messwerte "NM" = nicht messbar/schlechte Signalqualität

RR	___ / ___	Puls	___ / min
BZ	___ mg/dl	AF	___ / min
Temp.	___ °C	SpO_2	___ %
		et CO_2	___ mmHg

regelmäßig ○ ja ○ nein

○ mit O_2 ○ ohne O_2

Schmerzen 0 – 5 – 10

EKG (schwerwiegendster Befund)
- ○ Sinusrhythmus
- ○ absolute Arrhythmie
- ○ AV-Block II°
- ○ AV-Block III°
- ○ schmale QRS-Tachykardie
- ○ breite QRS-Tachykardie
- ○ nicht beurteilbar
- ○ Schrittmacherrhythmus
- ○ Infarkt-EKG/STEMI
- ○ Kammerflimmern/-flattern
- ○ pulslose elektrische Aktivität
- ○ Asystolie
- ○ _____

Atmung
- ○ unauffällig/Spontanatmung
- ○ Hyperventilation
- ○ Dyspnoe
- ○ Zyanose
- ○ Spastik
- ○ Rasselgeräusche
- ○ Stridor
- ○ Atemwegsverlegung
- ○ Schnappatmung
- ○ Beatmung
- ○ nicht beurteilbar
- ○ Apnoe

8. Ergebnis

Zielklinik/Patientenübergabe
- ○ Notaufnahme
- ○ Schockraum
- ○ Intensivstation
- ○ Allgemeinstation
- ○ Herzkatheterlabor
- ○ Stroke Unit
- ○ OP direkt
- ○ Fachambulanz
- ○ Arztpraxis
- ○ anderer Übergabeort

Notfallkategorie
- ○ akute Erkrankung
- ○ Vergiftung
- ○ Verletzung
- ○ kein Notfall

Unfall
- ○ Verkehr
- ○ Arbeit
- ○ Sportunfall
- ○ häuslicher Unfall
- ○ sonstiger

Reanimationsergebnis
- ○ niemals ROSC
- ○ jemals ROSC (> 20 s)
- ○ KH-Aufnahme
- ○ KH-Aufn. laufende Rea.
- ○ Tod am Einsatzort
  Beendigungszeitpunkt der Reanimation ___

NACA Score
- ○ ambulante Abklärug
- ○ stationäre Behandlung
- ○ drohende Lebensgefahr
- ○ akute Lebensgefahr

9. Bemerkung

übergeben wurden
- ○ Wertsachen
- ○ EKG-Ausdruck
- ○ Medikamentenplan
- ○ Brille
- ○ Prothese
- ○ Chipkarte
- ○ _____

_____

Notarztnachforderung ○ ja ○ nein
- ○ NA
- ○ HA/KVB

Name _____

Verantwortlicher RettAss/RettSan
Name in Klarschrift
Unterschrift

Einsatzbesonderheiten	Fehleinsatz
○ nächste geeignete Klinik nicht aufnahmebereit ○ Patient lehnt indizierte Therapie ab ○ bewusster Therapieverzicht durch Arzt (Palliation) ○ Patient nicht transportfähig (Verlegung) ○ vorsorgliche Bereitstellung ○ Schwerlasttransport erforderlich ○ Zwangsunterbringung ○ aufwendige technische Rettung ○ Einsatz mit LNA ○ mehrere Patienten ○ MANV ○ erhöhter Hygieneaufwand	○ kein Patient vorgefunden ○ Patient bereits abtransportiert ○ von Leitstelle abbestellt ○ böswillige Alarmierung (Missbrauch Notruf) ○ Einsatzabbruch aus technischen Gründen ○ Sonstiges

---

Transportverweigerung

Hiermit bestätige ich, _____ (Name, Vorname), dass ich entgegen

dem ausdrücklichen Rat des/der Rettungsassistenten/-tin/-sanitäters/-in _____ (Name, Vorname)

den Transport in die nächstgelegene medizinische Behandlungseinrichtung verweigere.

Ich wurde darüber informiert, dass die Verweigerung der weiteren medizinischen Behandlung für mich ggf. schwere gesundheitliche Schäden bis hin zum Tod nach sich ziehen kann.

Ort/Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____

Der Patient war nach Auffassung des/der Rettungsassistenten/-tin/-sanitäters/-in zum Zeitpunkt der Verweigerung

zeitlich, örtlich, zur Person und Situation in vollem Umfang orientiert.

Unterschrift des/der Rettungsassistenten/-tin/-sanitäters/-in: _____

Zeugen:

_____ (Name, Vorname)_____ (Unterschrift)

_____ (Name, Vorname)_____ (Unterschrift)

(Wenn möglich sollten die Zeugen in keinem verwandschaftlichem Verhältnis zum Patienten stehen.)

Využití a Resuscitace Protokol Záchranná služba Bavorsko

© Bayerisches Rotes Kreuz - 03/2013

Pojišťovna

Příjmení, jméno pojištěnce — Narozeniny

Adresa

Místo použití

Pacient — Měsíc narození/Rok narození
- ○ muž
- ○ Žena

○ 1-7 TG ○ 8-28 TG

Myokardu ○ ano ○ ne

1. Údaje/Čísla

Číslo výjezdu _____

Záchranné stanice _____

Rádiová volací značka _____ ○ RZP ○ DRNR Záchranářům

Místo použití
- ○ Byt
- ○ Dům s pečovatelskou
- ○ Pracoviště
- ○ Ordinace
- ○ Cesta
- ○ veřejný prostor
- ○ Nemocnice
- ○ Hmotnost
- ○ Vzdělávací instituce
- ○ Sportovní areál
- ○ Místo narození
- ○ Ostatní

Rádiová volací značka RV _____ Cílová klinika _____

Datum
Tísňové volání
Alarm
Místo použití
Místo použití
Pacient
Doprava
Začátek
Klinika

2. Naléhavá událost, anamnéza, prvot. nález, [redacted]

Alergie

Nástupu příznaků čas nehody / Kolaps

Kolaps pozorované
- ○ První pomoc(laici)
- ○ První odpovědí
- ○ RZP/DRNR
- ○ pohotovost
- ○ nejsou pozorovány

3. Hledání

Neurologie Čas

Glasgow-Coma-Scale

Otevřené oči	
spontánní	4
na výzvu	3
na podnět bolesti	2
bez otevření očí	1
nejlepší verbální reakce	
schopni konverzace	
orientovaný	5
dezorientovaná	4
nedostatečná prohlášení	3
nesrozumitelné zvuky	2
ne	1
nejlepší motor reakce	
na výzvu	6
na bolest. podnět	
adekvátní	5
obranná reflexe	4
Beugesynergismen	3
Strecksynergismen	2
Ne	1
Součet	

Povědomí o umístění
- ○ při vědomí/přístupný
- ○ reaguje na řeč/ospalý
- ○ reagovat na podněty bolesti
- ○ bezvědomí

Neurologické příznaky
- ○ ne
- ○ Oční choroby (Asymetriiel
- ○ Stránky znaky (Asymetrie)
- ○ periferní Motorické schopnosti
- ○ Poruchy řeči
- ○ Oční choroby
- ○ Transverzální příznaky
- ○ Babinski znamení
- ○ Přímé
- ○ již existující

neurologické deficity
- ○ Demence

Žák reakce

/		p
○	zúžená	○
○	střední	○
○	dalekot	○
○	eliptická	○
○	ne	○

Měřené hodnoty "NM" = neměřitelné/nízké kvalitě signálu

TK ___ / ___ Puls ___ / min

GLY ___ mg/dl DF ___ / min

Teplota ___ °C SpO_2 ___ %

pravidelný ○ ano ○ ne

○ s O_2 ○ bez O_2

Bolest 0 — 5 — 10

EKG (Těžká Vážení ster zjištění) ○ Útok-EKG/STEMI ○ nelze doporučit
- ○ Sinusový rytmus
- ○ Para arytmie
- ○ AV blok II°
- ○ AV blok III°
- ○ úzkými QRS tachykardie
- ○ široký QRS tachykardie
- ○ Kardiostimulátor rytmus
- ○ _____

pro resuscitaci:
- ○ Fibrilace komor
- ○ Asystolii
- ○ odvažující elektrické aktivity
- ○ Sinus ový rytmus < 60 / min (jen pro děti)

Dýchání ○ nelze doporučit
- ○ nenápadný/spontánní
- ○ Hyperventilace
- ○ Dušnost
- ○ Cyanóza
- ○ Dech způsobem kterým
- ○ Stridor
- ○ Spasticity
- ○ Chřestění

Respirační/srdeční zástava
- ○ Přichycení dýchání
- ○ Apnoe
- ○ Větrání

Diagnostika pleti
- ○ nenápadný
- ○ studené pocení
- ○ Stojící kožní řasy
- ○ Edém
- ○ Kožní vyrážka
- ○ Dekubitů
- ○ nelze doporučit

4. Původní diagnóza

Onemocnění

CNS
- ○ Mrtvice/TIA (Stroke)
- ○ Krvácení (ICB/SAB)
- ○ Záchvat
- ○ _____

Koronární oběh
- ○ Akutní koronární syndr
- ○ Poruchy rytmu
- ○ Plicní embolie
- ○ Plicní edém
- ○ Hypertenze
- ○ Synkopa
- ○ _____

Dýchání
- ○ Astma/exazerbierte COPD
- ○ Aspirace
- ○ PneumonieBronchitid
- ○ Hyper ventilace
- ○ _____

Metabolismus
- ○ Hypoglykémie
- ○ Hyperglykémie
- ○ _____

Břicho ○ žádné
- ○ akutní abdomen
- ○ GI krvácení
- ○ Koliku
- ○ _____

Psychiatrie
- ○ Psychóza/deprese/mánie
- ○ stav bdělosti
- ○ pokus o sebevražd
- ○ _____

Gynekologie / porodnictví
- ○ vaginální krvácení
- ○ porod
- ○ _____

Ostatní
- ○ anafylakt. reakce, Stupeň ___
- ○ Intoxikace
- ○ Alkoholu/Drogy/Léčivépřípravk
- ○ podchlazení
- ○ utonutí
- ○ Exsikkose
- ○ onkolog. bolesti
- ○ _____

Bez zranění ○ žádné

	snadné	střední	tvrdé
Lebky mozek	○	○	○
Obličej	○	○	○
C.p.	○	○	○
Hrudník	○	○	○
Břicho	○	○	○
Páteř	○	○	○
Povodí	○	○	○
měkkých tkáni	○	○	○

	p	l	p	i	p	l
horní končetiny	○	○	○	○	○	○
dolní končetiny	○	○	○	○	○	○

- ○ Vypalování /opaření
  _____Úrovni _____%
  _____ Úrovni _____ %
- ○ inhalační trauma
- ○ elektrické nehoda
- ○ potápěčská nehoda
- ○ ostatní
- ○ _____

Původní / Pracovní diagnóza
- ○ Na podzim > 3m
- ○ Na podzim < 3m
- ○ Shot ○ Steh
- ○ Rána (Předmětl
- ○ jiný druh nehody
- ○ sražení chodce
- ○ os./nákl. vůz-cestujíc ○ tupý
- ○ řidič motorky ○ cyclista ○ penetrierend
- ○ jiné dopravní prostředky (Např. Vlak) ○ místní
- ○ Koni nehoda ○ generalizovaná

mechanismus úrazu

Původní / Pracovní diagnóza _____

5. Opatření

První pomoc Sledování a Medicínská technika

○ suffizient ○ přítomné ○ ne

○ 12-svodl-EKG ○ Rádio-EKG-Dodávka ○ kardiostimuláto

○ Inkubace pomoci Transportní inkubátor ○ TK-Měření ○ Pulzní oxymetr ○ lineární dávkovač ○ Kapnometrie

○ Ultrazvuk ○ ostatní technologie _____

○ Opatření vzhledem k takové podpoře nouzové

g _____

Dýchání O_2-dárek ___ l/min ○ žádné Automatikou

○ uvolnění cest dýchacích ○ odsát

○ Masky pytel ventilace

○ Nemožné maska větrání

Za jištění cest dých.

○ Laryngeální maska ○ Larynxtubus

○ Combitubus ○ I-GEL® ○ andere

○ endo Tracheální intubace

○ Obtížné intubace, více než 1zkušební

○ podporované spontánní dýchání (CPAP/NIV)

○ řízené větrání (PCV/CMV)

○ Dýchacích cest potřebné /chirurgická

○ Změna postupu: Dech způsobem přístup

Specifikace velikost: _____

Drog přístup ○ ○ žádné

○ nitrožilní přístup Číslo ___

umístění/velikos _____

umístění/velikos _____

○ Obtížný přístup, >2 pokusy

○ nitrožilní přístup nemožný, Další přístup ke způsobu

○ Další přístup ke způsobu Čísl ○ ___

umístění/velikos _____

○ Další defekt

_____

○ TRANS-nosní léky

Resuscitace Léčba-intervalu bez ○ není známo ○ < 5 min ○ 10 - 15 min ○ 5 - 10 min ○ > 15 min

Telefonní resuscitace ○ ano ○ ne

První úspěšné defibrilace energie ___ Joule

Celkový počet defibrilace ___

KPM systémem zpětné vazby ○ ne ○ ano Typ _____

mechanické hrudníku komprese ○ ne ○ ano Typ _____

Aktivní chlazení

po / během resuscitace ○ ne ○ ano Typ _____

Další technické zdroje ○ ne ○ ano Typ _____

○ ROSC Čas ___

Skladování, Transport, lékařské ošetření

○ Nadmořská výška horní část těla

○ Plochý úložiště

○ Nárazuvzdorný umístěn

○ stabilní boční pozice

○ Sedící

○ Fahrtrage

○ Jiné _____

○ Chlazení (Zranění)

○ Uchování tepla

○ Redukce

○ Asociace

○ Přenosná sedačka

○ Baby sling

○ Stabilizace krční páteře

○ Vakuová matrace

○ Spineboard

○ Scoop rám

○ Dlahování končetin

○ Mateřství

○ Krizová intervence

Léčivé přípravky	Dávka	Léčivé přípravky	Dávka
○ kristalloide Infuze	_____ ml	○ Diazepam	_____ mg
○ Epinefrin	_____ mg	○ Nitrosprey	_____
○ Atropin	_____ mg	○ $ß_2$-Mimetikum inhalative	_____
○ Amiodaron	_____ mg	○	_____
○ Analgezie:	_____	○	_____
○ Glukóza	_____	○	_____

6. Historie

Puls

TK

KPR

Defibrilace

Transport T

In/extubation

spontán. dých. ○

asist.mech.vent. ⊙

kontrol.mech.vent. ●

O_2 l/min

SpO_2

et CO_2

Cas 30 Cas 30

280 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40

Popis kurzu

_____

Popis vý jezdu

○ Transport s atest.lék ○ předán jinému zásah. prostředku

○ Transport bez atest.lék _____

○ naléhavé pacientů přenos

○ ambulantní péče on-site (pomocl

○ pacient převou odmítá (viz zadní kryt)

7. Předání

Čas ___ Glasgow-Coma-Scale ___

Povědomí o umístění

○ analgosediert ○ Znovu jednat. na projev ○ bezvědomí

○ probudit/přístupný ○ Znovu jednat o bolesti ○ nelze doporučit

Měřené hodnoty -NM- = neměřitelné/nízké kvalitě signálu

TK ___ / ___ Puls ___ / min pravidelný ○ ano ○ ne

GLY ___ mg/dl DF ___ / min

Teplota ___ °C SpO_2 ___ % ○ s O_2 ○ bez O_2

et CO_2 ___ mmHg

EKG (těžká Vážení ster z jištění)

○ Sinusový rytmus

○ Para arytmie

○ AV blok II°

○ AV blok III°

○ úzkými QRS tachykardie

○ široký QRS tachykardie

○ nelze doporučit

○ Kardiostimulátor rytmus

○ Útok-EKG/STEMI

○ Fibrilace komor

○ odvažu jící elektrické aktivity

○ Asystolii

○ _____

Dýchání ○ nenápadný/spontánní

○ Hyperventilace

○ Dušnost

○ Cyanóza

○ Spasticity

○ Chřestění ○ nelze doporučit

○ Stridor

○ Dech způsobem kterým

○ Přichycení dýchání

○ Větrání ○ Apnoe

Bolest 0 5 10

8. Výsledek

Cílové zař. / Předání pacienta

○ emergency ○ Tah jedn ○ tka

○ Šok místnost ○ OP

○ od. intenziv. péče. ○ Specializované ambulance

○ klinika všeobec.lék. ○ lék. praxe

○ Srdeční katetrizace laborato ○ ostatní výměny bodi

Kategorie naléhav. příp Úraz

○ akut. ○ dopravní

○ nem ○ cněm ○ pracovní

○ otrava ○ sportovní

○ zranění ○ d ○ mácí

○ nejednalo se o naléhavý případ ○ jiný

Výsledek resuscitace

○ nikdy ROSC

○ někdy ROSC (> 20 s)

○ Nemocniční pokoje

○ Nemocniční pokoje aktuální resuscitace

○ Smrt na staveništi

Datum ukončení resuscitace ___

NACA Score

○ ambulantní ošetření

○ nemocniční ošetření

○ bezprostřední nebezpečí

○ přímé ohrožení života

9. Poznámky

Předáno:

○ cennosti ○ EKG ○ Brýle ○ čip. karta

○ Lék plán ○ protézy ○ _____

_____

Odpovědné osoby záchranář

Dožádání atest.lék. Q ano ○ ne

○ Pohotovost Jmén

○ Rodinný lékař

Jméno ve formátu prostého textu

Podpis

Použití vlastnosti	Nesprávné použití
○ Další gel gen klinika není střelba ○ Pacient může odmítnout indexované terapie ○ vědomé opuštění léčby lékař (Paliativní péče) ○ Pacienta nevhodné (Kterým se) ○ preventivní nasazení ○ Zátěže, které vyžaduje ○ Vynucená ubytování ○ propracované technické záchranné ○ Použití s vodivým sanitka ○ několik pacientů ○ Masový ○ Zvýšená hygiena úsilí	○ nalezen žádný pacient ○ Přenesl pacienta ○ objednáno z kontrolního centra ○ škodlivý výstrahy (Zneužití nouzové) ○ Přerušení používání z technických zelení ○ Ostatní

Odmítnutí přepravy

Tímto potvrzuji, _____ (Jméno, Křestní jméno),

že jsem proti výslovné doporučení lékaře _____ (Jméno, Křestní jméno)

odmítnout přepravu do nejbližšího střediska lékařské ošetření.

Byl jsem informován, že odmítnutí další lékařské péče pro mě v případě potřeby mohou způsobit vážná zranění k smrti.

Místo/Datum: _____

Podpis Pacienta: _____

Pacient byl stanoven podle záchranáři v průběhu času, a odmítnout, zaměřené na člověka a jeho situaci v plné výši.

Podpis záchranáři : _____

Svědci:

_____ (Jméno, Křestní jméno) _____ (Podpis)

_____ (Jméno, Křestní jméno) _____ (Podpis)

(Pokud je to možné svědek by měl být žádný familiární vztah k pacientovi.)