

SPREJEM NUJNIH INTERVENCIJ

PROJEKT NUJNE MEDICINSKE POMOČI V SLOVENIJI

ČAS KLICA	URA MINUTA	DATUM	DD MM LL	DAN		ŠTEV. INTERVENCIJE	ŠTEVILKA	LETO
vsebina klica		priimek in ime pacienta		leto rojstva		telefon kličočega		KDO KLIČE
število pacientov		mesto dogodka, naslov, nadstropje		priimek, ime kličočega		<input type="checkbox"/> svojci <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> očividci <input type="checkbox"/> zdravnik <input type="checkbox"/> policija <input type="checkbox"/> drugo		
čas prihoda do pacienta	čas prihoda v ustanovo	čas vrnitve ekipe na izhodišče	naziv sprejemne ustanove		LOKACIJA DOGODKA		klic sprejel	
ura min.	ura min.	ura min.			<input type="checkbox"/> teren <input type="checkbox"/> ambulanta NMP			
zdravnik	tehnik	voznik	število reš. vozil		DRUGI PRISOTNI NA KRAJU DOGODKA			
					<input type="checkbox"/> policija <input type="checkbox"/> reš. vozila drugih služb <input type="checkbox"/> gasilci <input type="checkbox"/> nihče			
VRSTA DOGODKA		NEPOTREBNA INT.		UDELEŽENI		številke protokolov pacientov		PRED PRIHODOM EKIPE JE NA MESTU DOGODKA ŽE:
<input type="checkbox"/> prometna nezgoda <input type="checkbox"/> porod, nosečnost <input type="checkbox"/> poškodba izven prometa <input type="checkbox"/> nepotrebna int. <input type="checkbox"/> bolezen <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/> zastрупitev		<input type="checkbox"/> lažni klic <input type="checkbox"/> ni dogodka <input type="checkbox"/> ni pacientov <input type="checkbox"/> pac. odklonili prevoz		število vseh pacientov <input style="width: 40px;" type="text"/> število vseh mrtvih <input style="width: 40px;" type="text"/>				<input type="checkbox"/> naključni zdravnik <input type="checkbox"/> lečeči zdravnik <input type="checkbox"/> ekipa 1A <input type="checkbox"/> ekipa 1B <input type="checkbox"/> ekipa PHE <input type="checkbox"/> nihče od naštetih
PREVOZ PACIENTOV		SOČASNA INTERVENCIJA		POTREBOVALI POMOČ DRUGE SLUŽBE NMP		EKIPA NI IMELA		komentar, zapleti
<input type="checkbox"/> ostanejo na mestu <input type="checkbox"/> prepeljani v ZD <input type="checkbox"/> prepeljani v bolnišnico <input type="checkbox"/> ostalo		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da		<input type="checkbox"/> zdravnika <input type="checkbox"/> voznika <input type="checkbox"/> tehnika <input type="checkbox"/> urgent. vozila		

PROTOKOL NUJNE INTERVENCIJE
PROJEKT NUJNE MEDICINSKE POMOČI V SLOVENIJI

žig ustanove		številka protokola	leto
datum dd mm ll	čas prihoda do pac. ura min.	kraj dogodka	lokacija dogodka <input type="checkbox"/> teren <input type="checkbox"/> ambulanta NMP
PRIMEK IN IME PACIENTA		datum rojstva	naslov
		ž spol M	izbrani zdravnik

ANAMNEZA, OPIS OKOLIŠČIN		čas pojava akutnih simptomov ura min.	PRIZADETOST OB PRIHODU EKIPE <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> lažja <input type="checkbox"/> huda	<input type="checkbox"/> odsotno dihanje <input type="checkbox"/> odsotni tipni pulzi <input type="checkbox"/> mrtev	ODKLONITEV Pacient je <input type="checkbox"/> odklonil oskrbo <input type="checkbox"/> odklonil prevoz
---------------------------------	--	---	---	--	---

meritve	1. ob prihodu	2. po oskrbi	KOŽA	BOLEČINA	EKG MED OSKRBO
DIHANJE	/min	/min	<input type="checkbox"/> normalna	1 <input type="checkbox"/> brez <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ni bil opravljen <input type="checkbox"/> monitor <input type="checkbox"/> 12 kanalni EKG
PULZ	/min	/min	<input type="checkbox"/> bleda	<input type="checkbox"/> zgoberna <input type="checkbox"/>	1. ob prihodu 2. po oskrbi
KRVNI TLAK	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> znojna	<input type="checkbox"/> huda <input type="checkbox"/>	FREKVENCA /min
OKSIMETRIJA	%	%	<input type="checkbox"/> hladna	VRATNE VENE	EKG izvid
GLUKOHEMATEST	mmol/L	mmol/L	<input type="checkbox"/> cianoza	<input type="checkbox"/> normalne	1. sinus 5. VES 9. asistolija 13. DKB
			<input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> polne	2. SVT 6. polit. VES 10. AVB I. st. 14. LKB
				<input type="checkbox"/> prazne	3. SVES 7. VT / VU 11. AVB II. st. 15. AMI
					4. AU / AF 8. VF 12. AVB III. st. 16. ostalo

ZAVEST	ODPIRANJE OČI	GOVOR	MOTORIKA	GCS =	
1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
bistra <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	spontano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	orientiran <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	uboga navodila <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ZENICA	DESNA
zmedenost <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	na zvok <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	zmeden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	smiselni gibi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	širina	LEVA
somnolenca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	na bolečino <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	neustrezne besede <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	reakcija umika <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	reakcija na luč	
sopor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nič <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nerazumljivi glasovi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fleksijski odgovor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
koma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		nič <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ekstenzijski odgovor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
			nič <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

GLAVA	GLAVNA IN OSTALE DIAGNOZE	ALKOHOL
VRAT		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?
PRSNI KOŠ		PSIHOAKTIVNE SNOVI
TREBUH		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?
HRBTENICA	MKB:	POSKUS SUICIDA, SUICID
OKONČINE	MKB VZROKA POŠKODBE	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?

KISIK	INFUZIJSKA RAZTOPINA	ZDRAVILO	ODMEREK	POT	OSKRBA RANE	DRUGI POSEGI
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da				<input type="checkbox"/> preveza rane <input type="checkbox"/> hemostaza	<input type="checkbox"/> umetna ventilacija <input type="checkbox"/> intubacija <input type="checkbox"/> aspiracija
.....L/min	1.ml				IMOBILIZACIJA	<input type="checkbox"/> zun. masaža srca <input type="checkbox"/> uporaba ACD <input type="checkbox"/> defibrilacija <input type="checkbox"/> elektrokonverzija energija: _____ J
VENSKA POT	2.ml				<input type="checkbox"/> ovratnica <input type="checkbox"/> KED	
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ne uspe					<input type="checkbox"/> zajemalna nosila	
<input type="checkbox"/> ena <input type="checkbox"/> več					<input type="checkbox"/> vakuum. blazina	
					<input type="checkbox"/> vakuum. opornice	
					<input type="checkbox"/> kramer. opornice	

VENTILATOR	ZUN. ELEKTROST.	NAČIN PREVOZA	POT PACIENTA	PRIPELJAN NA:
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> leže - dvignjeno vzglavje <input type="checkbox"/> leže - vodoravno <input type="checkbox"/> leže - položaj šokiranega <input type="checkbox"/> leže - na boku <input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan	<input type="checkbox"/> ostane na mestu dogodka <input type="checkbox"/> teren > bolnišnica <input type="checkbox"/> ZD > domov <input type="checkbox"/> teren > ZD > domov <input type="checkbox"/> ZD > specialist <input type="checkbox"/> teren > ZD > specialist <input type="checkbox"/> ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> teren > ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> int <input type="checkbox"/> ginek <input type="checkbox"/> krg <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/> otroški odd.
MV _____ L/min	tok: _____ mA			
FR: _____ /min	FR: _____ /min			

IME SPREJEMNE USTANOVE:	STANJE OB KONCU OSKRBE:	MEES₁	MEES₂	ČAS PRIHODA V USTANOVO:	KOMENTAR:
	<input type="checkbox"/> boljše <input type="checkbox"/> enako <input type="checkbox"/> slabše <input type="checkbox"/> umrl med oskrbo			ura min	
		ΔMEES	RTS	ČAS VRNITVE EKIPE NA IZHODIŠČE:	
				ura min	

VENTILATOR	ZUN. ELEKTROST.	NAČIN PREVOZA	POT PACIENTA	PRIPELJAN NA:
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> leže - dvignjeno vzglavje <input type="checkbox"/> leže - vodoravno <input type="checkbox"/> leže - položaj šokiranega <input type="checkbox"/> leže - na boku <input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan	<input type="checkbox"/> ostane na mestu dogodka <input type="checkbox"/> teren > bolnišnica <input type="checkbox"/> ZD > domov <input type="checkbox"/> teren > ZD > domov <input type="checkbox"/> ZD > specialist <input type="checkbox"/> teren > ZD > specialist <input type="checkbox"/> ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> teren > ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> int <input type="checkbox"/> ginek <input type="checkbox"/> krg <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/> otroški odd.
MV _____ L/min	tok: _____ mA			
FR: _____ /min	FR: _____ /min			

VENTILATOR	ZUN. ELEKTROST.	NAČIN PREVOZA	POT PACIENTA	PRIPELJAN NA:
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> leže - dvignjeno vzglavje <input type="checkbox"/> leže - vodoravno <input type="checkbox"/> leže - položaj šokiranega <input type="checkbox"/> leže - na boku <input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan	<input type="checkbox"/> ostane na mestu dogodka <input type="checkbox"/> teren > bolnišnica <input type="checkbox"/> ZD > domov <input type="checkbox"/> teren > ZD > domov <input type="checkbox"/> ZD > specialist <input type="checkbox"/> teren > ZD > specialist <input type="checkbox"/> ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> teren > ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> int <input type="checkbox"/> ginek <input type="checkbox"/> krg <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/> otroški odd.
MV _____ L/min	tok: _____ mA			
FR: _____ /min	FR: _____ /min			

VENTILATOR	ZUN. ELEKTROST.	NAČIN PREVOZA	POT PACIENTA	PRIPELJAN NA:
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> leže - dvignjeno vzglavje <input type="checkbox"/> leže - vodoravno <input type="checkbox"/> leže - položaj šokiranega <input type="checkbox"/> leže - na boku <input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan	<input type="checkbox"/> ostane na mestu dogodka <input type="checkbox"/> teren > bolnišnica <input type="checkbox"/> ZD > domov <input type="checkbox"/> teren > ZD > domov <input type="checkbox"/> ZD > specialist <input type="checkbox"/> teren > ZD > specialist <input type="checkbox"/> ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> teren > ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> int <input type="checkbox"/> ginek <input type="checkbox"/> krg <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/> otroški odd.
MV _____ L/min	tok: _____ mA			
FR: _____ /min	FR: _____ /min			

VENTILATOR	ZUN. ELEKTROST.	NAČIN PREVOZA	POT PACIENTA	PRIPELJAN NA:
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> leže - dvignjeno vzglavje <input type="checkbox"/> leže - vodoravno <input type="checkbox"/> leže - položaj šokiranega <input type="checkbox"/> leže - na boku <input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan	<input type="checkbox"/> ostane na mestu dogodka <input type="checkbox"/> teren > bolnišnica <input type="checkbox"/> ZD > domov <input type="checkbox"/> teren > ZD > domov <input type="checkbox"/> ZD > specialist <input type="checkbox"/> teren > ZD > specialist <input type="checkbox"/> ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> teren > ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> int <input type="checkbox"/> ginek <input type="checkbox"/> krg <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/> otroški odd.
MV _____ L/min	tok: _____ mA			
FR: _____ /min	FR: _____ /min			

VENTILATOR	ZUN. ELEKTROST.	NAČIN PREVOZA	POT PACIENTA	PRIPELJAN NA:
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> leže - dvignjeno vzglavje <input type="checkbox"/> leže - vodoravno <input type="checkbox"/> leže - položaj šokiranega <input type="checkbox"/> leže - na boku <input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan	<input type="checkbox"/> ostane na mestu dogodka <input type="checkbox"/> teren > bolnišnica <input type="checkbox"/> ZD > domov <input type="checkbox"/> teren > ZD > domov <input type="checkbox"/> ZD > specialist <input type="checkbox"/> teren > ZD > specialist <input type="checkbox"/> ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> teren > ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> int <input type="checkbox"/> ginek <input type="checkbox"/> krg <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/> otroški odd.
MV _____ L/min	tok: _____ mA			
FR: _____ /min	FR: _____ /min			

VENTILATOR	ZUN. ELEKTROST.	NAČIN PREVOZA	POT PACIENTA	PRIPELJAN NA:
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> leže - dvignjeno vzglavje <input type="checkbox"/> leže - vodoravno <input type="checkbox"/> leže - položaj šokiranega <input type="checkbox"/> leže - na boku <input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan	<input type="checkbox"/> ostane na mestu dogodka <input type="checkbox"/> teren > bolnišnica <input type="checkbox"/> ZD > domov <input type="checkbox"/> teren > ZD > domov <input type="checkbox"/> ZD > specialist <input type="checkbox"/> teren > ZD > specialist <input type="checkbox"/> ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> teren > ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> int <input type="checkbox"/> ginek <input type="checkbox"/> krg <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/> otroški odd.
MV _____ L/min	tok: _____ mA			
FR: _____ /min	FR: _____ /min			

VENTILATOR	ZUN. ELEKTROST.	NAČIN PREVOZA	POT PACIENTA	PRIPELJAN NA:
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> leže - dvignjeno vzglavje <input type="checkbox"/> leže - vodoravno <input type="checkbox"/> leže - položaj šokiranega <input type="checkbox"/> leže - na boku <input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan	<input type="checkbox"/> ostane na mestu dogodka <input type="checkbox"/> teren > bolnišnica <input type="checkbox"/> ZD > domov <input type="checkbox"/> teren > ZD > domov <input type="checkbox"/> ZD > specialist <input type="checkbox"/> teren > ZD > specialist <input type="checkbox"/> ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> teren > ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> int <input type="checkbox"/> ginek <input type="checkbox"/> krg <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/> otroški odd.
MV _____ L/min	tok: _____ mA			
FR: _____ /min	FR: _____ /min			

VENTILATOR	ZUN. ELEKTROST.	NAČIN PREVOZA	POT PACIENTA	PRIPELJAN NA:
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> leže - dvignjeno vzglavje <input type="checkbox"/> leže - vodoravno <input type="checkbox"/> leže - položaj šokiranega <input type="checkbox"/> leže - na boku <input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan	<input type="checkbox"/> ostane na mestu dogodka <input type="checkbox"/> teren > bolnišnica <input type="checkbox"/> ZD > domov <input type="checkbox"/> teren > ZD > domov <input type="checkbox"/> ZD > specialist <input type="checkbox"/> teren > ZD > specialist <input type="checkbox"/> ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> teren > ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> int <input type="checkbox"/> ginek <input type="checkbox"/> krg <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/> otroški odd.
MV _____ L/min	tok: _____ mA			
FR: _____ /min	FR: _____ /min			

VENTILATOR	ZUN. ELEKTROST.	NAČIN PREVOZA	POT PACIENTA	PRIPELJAN NA:
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> leže - dvignjeno vzglavje <input type="checkbox"/> leže - vodoravno <input type="checkbox"/> leže - položaj šokiranega <input type="checkbox"/> leže - na boku <input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan	<input type="checkbox"/> ostane na mestu dogodka <input type="checkbox"/> teren > bolnišnica <input type="checkbox"/> ZD > domov <input type="checkbox"/> teren > ZD > domov <input type="checkbox"/> ZD > specialist <input type="checkbox"/> teren > ZD > specialist <input type="checkbox"/> ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> teren > ZD > bolnišnica <input type="checkbox"/> ostalo	<input type="checkbox"/> int <input type="checkbox"/> ginek <input type="checkbox"/> krg <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/> otroški odd.
MV _____ L/min	tok: _____ mA			
FR: _____ /min	FR: _____ /min			

žig ustanove		PROTOKOL PREDBOLNIŠNIČNEGA OŽIVLJANJA				številka protokola		leto	
datum		čas klica		vsebina klica		čas pojava akut. simptomov		čas prihoda do pacienta	
dd	mm	ll	ura	min		ura	min	ura	min
mesto dogodka - naslov				zdravnik		tehnik		voznik	
PRIMEK IN IME PACIENTA				DATUM ROJSTVA		Ž M		naslov	
IZBRANI ZDRAVNIK									
ZAČETEK OŽIVLJANJA		PRED PRIHODOM EKIPE:		ZASTOJ SRCA JE NASTOPILO:		STANJE OB PRIHODU EKIPE:			
<input type="checkbox"/> teren <input type="checkbox"/> reš. vozilo <input type="checkbox"/> ambul. NMP <input type="checkbox"/> ostalo		<input type="checkbox"/> očividci niso oživljali <input type="checkbox"/> očividci so oživljali nepravilno <input type="checkbox"/> očividci so oživljali pravilno		<input type="checkbox"/> brez prič - pred prihodom ekipe <input type="checkbox"/> vpričo očividcev - pred prihodom ekipe <input type="checkbox"/> v prisotnosti ekipe - med oskrbo		<input type="checkbox"/> dihanje - <input type="checkbox"/> dihanje + <input type="checkbox"/> pulz - <input type="checkbox"/> pulz +			
UMETNO DIHANJE		INTUBACIJA		CIRKULACIJA		ZUN. EL. STIMULAC.		INFUZIJSKA RAZTOPINA	
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> dihalni balon		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne uspe št. neuspešnih poskusov: _____ št. tubusa: _____		<input type="checkbox"/> ročna masaža srca <input type="checkbox"/> ACD <input type="checkbox"/> prekord. udarec <input type="checkbox"/> DEFIBRILACIJA <input type="checkbox"/> EL. KONVERZIJA št. defibrilacij: _____ min. energija: _____ J maks. energija: _____ J		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ne uspe <input type="checkbox"/> ena <input type="checkbox"/> več velikost kanile: _____		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da 1 _____ ml 2 _____ ml ZDRAVILO ODMEREK NAČIN APL. <input type="checkbox"/> _____ mg IV, IT, IO, _____ <input type="checkbox"/> _____ mg IV, IT, IO, _____ <input type="checkbox"/> _____ mg IV, IT, IO, _____ <input type="checkbox"/> _____ mg IV, IT, IO, _____	
KISIK		VENTILATOR		EKG NA KONCU OŽIVLJANJA		STABILNA CIRKULACIJA SE JE VZPOSTAVILA		PREVOZ PACIENTA	
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> na mestu dogodka <input type="checkbox"/> v reševalnem vozilu pretok _____ L/min		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da MV: _____ L/min FR: _____ /min		<input type="checkbox"/> asistolija <input type="checkbox"/> bradikardija <input type="checkbox"/> ventr. tahikardija <input type="checkbox"/> ventr. fibrilacija <input type="checkbox"/> ostalo		<input type="checkbox"/> na terenu <input type="checkbox"/> v reševalnem vozilu <input type="checkbox"/> v ambulanti NMP <input type="checkbox"/> ni se vzpostavila		<input type="checkbox"/> ostane na mestu dogodka <input type="checkbox"/> teren -> bolnišnica <input type="checkbox"/> teren -> ZD <input type="checkbox"/> teren -> ZD -> bolnišnica <input type="checkbox"/> ostalo	
EKG SPREMLJANJE		EKG NA ZAČETKU OŽIVLJANJA		STANJE PO INTERVENCIJI		NAJVEČ. DOSEŽENA VREDNOST			
<input type="checkbox"/> na terenu <input type="checkbox"/> v reševalnem vozilu <input type="checkbox"/> v ambulanti NMP <input type="checkbox"/> brez spremljanja		<input type="checkbox"/> asistolija <input type="checkbox"/> bradikardija <input type="checkbox"/> ventr. tahikardija <input type="checkbox"/> ventr. fibrilacija <input type="checkbox"/> ostalo		<input type="checkbox"/> brez lastne cirkulacije (tipnih pulzov) ves čas oživljanja <input type="checkbox"/> med oživljanjem občasno lastna cirkulacija, ki spet izgine <input type="checkbox"/> vzpostavitev stabilne lastne cirkulacije (tipni pulzi)		<input type="checkbox"/> povrnitev nezadostnega dihanja <input type="checkbox"/> povrnitev zadostnega dihanja <input type="checkbox"/> povrnitev zavesti			
čas srčnega zastoja		čas začetka oživljanja		čas prve defibrilacije		čas vzpostavitve cirkulacije			
ura	min	ura	min	ura	min	ura	min	ura	min
VZROK ZASTOJA		KONČNA DIAGNOZA						MKB: _____	
<input type="checkbox"/> kardialni <input type="checkbox"/> nekardialni <input type="checkbox"/> ni mogoče opredeliti		<input type="checkbox"/> predbolnišnična: _____ <input type="checkbox"/> bolnišnična: _____ <input type="checkbox"/> obdukcijska: _____ (Protokolu priprnite posneti EKG, odpustnico iz bolnišnice ali obdukcijski zapisnik.)						MKB: _____ vzrok poškodbe ODREJENA OBDUKCIJA <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	
KOMENTAR O POTEKU OŽIVLJANJA, ZAPLETI:									
OBRAZEC IZPOLNIL:									
USODA PACIENTA						DATUM SMRTI:		ČAS SMRTI:	
PRED SPREJEMOM		V BOLNIŠNICI		PO ODPUSTU		DATUM ODPUSTA:			
<input type="checkbox"/> umrl na terenu <input type="checkbox"/> umrl v reševalnem vozilu <input type="checkbox"/> umrl v ambulanti NMP <input type="checkbox"/> prepeljan v bolnišnico		<input type="checkbox"/> umrl po sprejemu (brez pulzov) <input type="checkbox"/> umrl v prvih 24 urah po sprejemu <input type="checkbox"/> umrl po 24 urah po sprejemu <input type="checkbox"/> odpuščen živ		<input type="checkbox"/> umrl v 1. letu po odpustu <input type="checkbox"/> umrl po 1. letu po odpustu <input type="checkbox"/> še živi <input type="checkbox"/> ni podatka					
PRED ZASTOJEM		OB ODPUSTU		PO ODPUSTU		PREŽIVETJE PO OŽIVLJANJU:			
OPC:	CPC:	OPC:	CPC:	OPC:	CPC:	ure dnevi meseci leta			

TERAPIJA/THERAPY

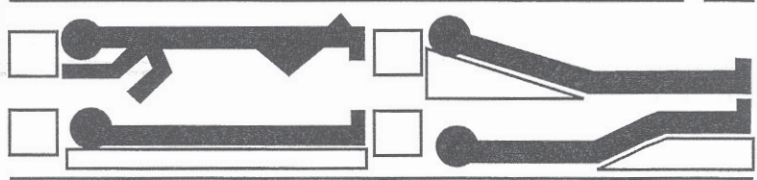
- O₂
- Intubacija/intubation
- Umetno dihanje/artificial respiration
- Plevralna drenaža/
Pleural drainage

Levo/Left
Desno/Right

- Hemostaza/Hemostassis
- Infuzija/infusion

Zdravila/Medicines

- Imobilizacija/Imobilization
- Dekontaminacija/Decontamination



H

Opombe/Remarks:

Opombe/Remarks:

Podpis/signature

IZVEDBA/IMPLEMENTATION

Podpis/signature



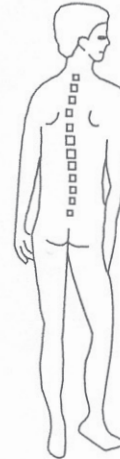
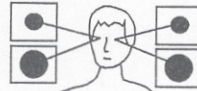
REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

DIAGNOZA/DIAGNOSIS

Zavest/ Consciousness	
ok	↓
Dihanje/ Respiration	
ok	↓
Cirkulacija/ Circulation	
ok	↓

Številka pacienta
Patient number

Zenice/Pupils



Oznacite mesto poškodbe/
Mark the location of trauma

TRAZA/TRIAGE

<input type="checkbox"/> Terapija/ Therapy	<input type="checkbox"/> Trsp	<input type="checkbox"/> Stop
	1 2 3	
_____	Zdravnik - številka/ Doctor - number _____	
<input type="checkbox"/> Terapija/ Therapy	<input type="checkbox"/> Trsp	<input type="checkbox"/> Stop
	1 2 3	
_____	Zdravnik - številka/ Doctor - number _____	

Ime in priimek pacienta/Name, family name of patient:



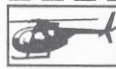
Številka pacienta
Patient number



Način prevoza/
Means of transport



—



—

Številka pacienta
Patient number

Drugo/Other —

