

Priloga 7: Poročilo o nujnem reševalnem prevozu

Reševalna služba		POROČILO O REŠEVALNEM PREVOZU											
Št. poročila: 00000		Št. prevoza: _____		Datum: _____		Št. naloga za prevoz: _____							
PRIIMEK IN IME PACIENTA			DATUM ROJSTVA		Ž SPOL M	NASLOV							
KRAJ DOGODKA		ODDALJENOST km	ČAS POJAVA AKUTNIH SIMPTOMOV ura min		REŠEVALEC 1 (spremlj.)		REŠEVALEC 2 (voznik)						
ČASI INTERVENCIJE													
sprejem intervencije ura min		izvoz ura min		prijhod na kraj intervencije ura min		prijhod do pacienta ura min							
						odhod s kraja intervencije ura min							
						prijhod v ustanovo ura min							
OPIS OKOLIŠČIN			STOPNJA NUJNOSTI			PRIZADETOST OB PRIHODU EKIPE							
			<input type="checkbox"/> vitalna ogroženost <input type="checkbox"/> nujni prevoz <input type="checkbox"/> nujna intervencija <input type="checkbox"/> nenujni prevoz			<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> odsotno dihanje <input type="checkbox"/> lažja <input type="checkbox"/> odsotni tipni pulzi <input type="checkbox"/> huda <input type="checkbox"/> mrtev							
VITALNI ZNAKI		1. _____		2. _____		3. _____		4. _____					
Frekvenca dihanja (/min)													
Frekvenca pulza (/min)													
Krvni tlak (mmHg)													
SaO ₂ (%)													
Krvni sladkor (mmol/l)													
Telesna temperatura (°C)													
		VRSTA DOGODKA				KOŽA		VAS lestvica bolečine					
		<input type="checkbox"/> bolezen <input type="checkbox"/> prometna nesreča <input type="checkbox"/> poškodba izven prometa <input type="checkbox"/> zastripitev <input type="checkbox"/> nepotrebna intervencija <input type="checkbox"/> ostalo – ni podatka				<input type="checkbox"/> normalna <input type="checkbox"/> bleda <input type="checkbox"/> znojna <input type="checkbox"/> hladna <input type="checkbox"/> cianoza <input type="checkbox"/> ostalo		Brez Zmerna Naj možna 1.					
AVPU		Odpiranje oči		Verbalni odgovor		Motorni odgovor		GCS					
1 2 3 4 A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1 2 3 4 Spontano 4 4 4 4 Na zvok 3 3 3 3 Na bolečino 2 2 2 2 Nič 1 1 1 1		1 2 3 4 Orientiran 5 5 5 5 Zmeden 4 4 4 4 Neus besede 3 3 3 3 Neraz glasovi 2 2 2 2 Nič 1 1 1 1		1 2 3 4 Uboga navodila 6 6 6 6 Lokalizira bolečino 5 5 5 5 Odmik na bolečino 4 4 4 4 Nenorm. fleksija 3 3 3 3 Nenorm. eksterzija 2 2 2 2 Nič 1 1 1 1		1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____		Verbalni odgovor pri otrocih (do 4 leta) 5 Zbujen, govori kot običajno 4 Manj sposob. in/ali spontani jok 3 Joke neustrezno 2 Občasno stoka 1 Nič			
<p>⊗ - odprti zlom ↓ - topa poš. × - zaprti zlom ○ - rana ✎ - amputacija ● - opekлина PGO₁ +- PGO₂ +-</p>		OCENJEVANJE ZENIC											
		1		2		3		4					
		desna leva		desna leva		desna leva		desna leva					
		● ● ● ● ● ● ● ● + + - - + + - -		● ● ● ● ● ● ● ● + + - - + + - -		● ● ● ● ● ● ● ● + + - - + + - -		● ● ● ● ● ● ● ● + + - - + + - -					
ALKOHOL			PSIHOAKTIVNE SNOVI			POSKUS SUICIDA							
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ?			<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ?			<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ?							
EKG MED OSKRBO			KISIK			VENSKA POT							
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> monitor <input type="checkbox"/> 3/6/12			<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da _____ l/min <input type="checkbox"/> nosni kat. <input type="checkbox"/> OHIO maska			<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ne uspe velikost (G) <input type="checkbox"/> ena <input type="checkbox"/> več _____							
INFUZIJSKA RAZTOPINA			OSKRBA RANE			IMOBILIZACIJA							
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da 1. _____ 2. _____			<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> obveza rane <input type="checkbox"/> zaustavljanje krvavitve <input type="checkbox"/> opeklinski obkladek (odeja)			<input type="checkbox"/> vratna opomica <input type="checkbox"/> vak.opor.za okon. <input type="checkbox"/> zajemalna nosila <input type="checkbox"/> steznik za imob. <input type="checkbox"/> vakuumska blaz. <input type="checkbox"/> deska za im. otrok							
DRUGI POSEGI		VENTILATOR		PP / NMP PRED PRIHODOM		TRANSP. POLOŽAJ		NAČIN VOŽNJE		POGOJI VOŽNJE		PRISOTNOST ZDRAVNIKA	
<input type="checkbox"/> sprost. dihal. poti <input type="checkbox"/> aspiracija <input type="checkbox"/> ustno-žrelni tubus <input type="checkbox"/> dihalni balon <input type="checkbox"/> e.t. intubacija <input type="checkbox"/> zun. masaža srca <input type="checkbox"/> defibrilacija: ___ x		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da MV: _____ l/min FR: _____ /min		da - ne uspešno - neuspešno <input type="checkbox"/> laik <input type="checkbox"/> gasilci - policija <input type="checkbox"/> zdravst. delavec <input type="checkbox"/> enota NMP		<input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> leže - vodoravno <input type="checkbox"/> na boku <input type="checkbox"/> položaj šokiranega <input type="checkbox"/> posedeč položaj <input type="checkbox"/> pol. pri boleč. v trebuhu <input type="checkbox"/> ostalo		1. Na kraj: _____ <input type="checkbox"/> nujno <input type="checkbox"/> nenujno 2. S kraja: _____ <input type="checkbox"/> nujno <input type="checkbox"/> nenujno		<input type="checkbox"/> normalni <input type="checkbox"/> gost promet <input type="checkbox"/> slabo vreme <input type="checkbox"/> tehnične težave <input type="checkbox"/> ostalo		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da _____	
BOLNIKA PREVZEL		ura: _____		KOMENTAR				IZPOLNIL (podpis)					
<input type="checkbox"/> zdravnik <input type="checkbox"/> ZT _____ (ime in priimek) <input type="checkbox"/> dipl.m.s.(zn.) <input type="checkbox"/> ostalo _____ (podpis)													

ODKLONITEV OSKRBE / REŠEVALNEGA PREVOZA (zavrnitev zdravstvene oskrbe po pojasnilu)

1. Pacientova izjava o zavrnitvi

Spodaj podpisani(a) _____, rojen(a) _____,
(ime in priimek - lastnoročno tiskano) (datum rojstva)

svobodno odklanjam:

- a) prvo in nujno medicinsko pomoč,
- b) reševalni prevoz.

Izjavljam, da sem bil s strani delavcev Reševalne službe _____ na kraju dogodka seznanjen s posledicami moje zavrnitve za moje zdravje in stroški v zvezi z intervencijo. Razumem pomen in posledice moje zavrnitve. Prav tako razumem vsa ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel.

(podpis pacienta) (kraj) (datum) (ura)

2. Zavrnitev po zakonitemu zastopniku ali drugih osebah

(če pacient ni sposoben odločanja o sebi)

- se upošteva
- se NE upošteva

A) _____
(podpis) (kraj) (datum) (ura)

(priimek in ime – lastnoročno tiskano) (rojstni datum) (razmerje do pacienta)

(kontaktni podatki)

B) _____
(podpis) (kraj) (datum) (ura)

(priimek in ime – lastnoročno tiskano) (rojstni datum) (razmerje do pacienta)

(kontaktni podatki)

3. Zavrnitev s pomočjo prič

(če se pacient, ki je dal privolitev, ni zmožen sam podpisati, ali če se kljub ustni privolitvi ne želi podpisati)

A) _____
(podpis) (kraj) (datum) (ura)

(priimek in ime – lastnoročno tiskano) (rojstni datum) (razmerje do pacienta)

(kontaktni podatki)

B) _____
(podpis) (kraj) (datum) (ura)

(priimek in ime – lastnoročno tiskano) (rojstni datum) (razmerje do pacienta)

(kontaktni podatki)

4. O odklonitvi obveščen

dispečer NMP zdravnik SNMP _____
(enota NMP) (ime in priimek)

Navodila zdravnika SNMP:

- Pacient je zdravstveno oskrbo / reševalni prevoz sicer zavrnil, vendar obrazca ni želel podpisati!
- Zavrnitev zdravstvene oskrbe / reševalnega prevoza lahko ogrozi življenje drugih ali huje ogrozi njihovo zdravje!

(priimek in ime ter naziv reševalca - lastnoročno tiskano) (datum) (ura) (podpis)

PROSIMO, PRIPNITE POSNETI EKG NA HRBTNO STRAN POROČILA