

Priloga 7: Obrazci za nujne intervencije

**SPREJEM NUJNIH INTERVENCIJ**

Komisija za nujno medicinsko pomoč Zdravniške zbornice Slovenije in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

Številka intervencije:

ČAS KLICA ura min		DATUM dan mesec leto		DAN		LOKACIJA DOGODKA <input type="checkbox"/> teren <input type="checkbox"/> ambulanta NMP	
vsebina klica		priimek in ime pacienta		leto rojstva		telefon kličočega	
število pacientov		mesto dogodka, naslov, nadstropje		priimek in ime kličočega		KDO PRVI KLIČE NMP <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> dispečer zdravstva <input type="checkbox"/> svojci <input type="checkbox"/> očividci <input type="checkbox"/> pacient sam <input type="checkbox"/> zdravnik <input type="checkbox"/> drugo	
čas prihoda na mesto dogodka ura min		čas prihoda v bolnišnico ura min		čas vrnitve ekipe NMP na izhodišče ura min		naziv sprejemne ustanove	
zdravnik		spremljevalec		voznik		število reš. vozil DRUGE SLUŽBE NA MESTU DOGODKA <input type="checkbox"/> nihče <input type="checkbox"/> gasilci <input type="checkbox"/> policija <input type="checkbox"/> motorist reševalec <input type="checkbox"/> HNMP <input type="checkbox"/> reševalna vozila drugih služb <input type="checkbox"/> prvi posredovalci <input type="checkbox"/> _____	
VRSTA DOGODKA <input type="checkbox"/> bolezen <input type="checkbox"/> porod, nosečnost <input type="checkbox"/> prometna nezgoda <input type="checkbox"/> nepotrebna intervencija <input type="checkbox"/> poškodba izven prometa <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/> zastrupitev		NEPOTREBNA INTERVENCIJA <input type="checkbox"/> lažni klic <input type="checkbox"/> preklic intervencije <input type="checkbox"/> ni dogodka <input type="checkbox"/> ni pacientov <input type="checkbox"/> pacienti odklonili pomoč		število vseh obravnavanih pac. (živi in mrtvi): število vseh mrtvih: število mrtvih ob prihodu ekipe (oživljanje ni bilo indicirano):		številk protokolov pacientov	
PREVOZ PACIENTOV Z EKIPU NMP <input type="checkbox"/> ostanejo na mestu <input type="checkbox"/> prepeljani v ANMP <input type="checkbox"/> prepeljani v bolnišnico <input type="checkbox"/> prepeljani s HNMP <input type="checkbox"/> ostalo		SOČASNA INTERVENCIJA <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da INTERVENCIJA NAŠE EKIPJE NA PODROČJU DRUGE ENOTE NMP <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da POTREBOVALI SMO POMOČ DRUGE SLUŽBE NMP <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da		OB KLICU NAŠA EKIPA NI IMELA <input type="checkbox"/> zdravnika <input type="checkbox"/> voznika <input type="checkbox"/> spremljevalca <input type="checkbox"/> urgentnega vozila		AKTIVACIJA EKIPJE HNMP <input type="checkbox"/> smo klicali, a ni mogla priti <input type="checkbox"/> smo klicali in je prišla <input type="checkbox"/> ostalo Podatke zapisal:	
<input type="checkbox"/> MNOŽIČNA NESREČA <input type="checkbox"/> na območju naše enote NMP <input type="checkbox"/> na območju druge enote NMP		MNOŽIČNA NESREČA-OPIS <input type="checkbox"/> št. vseh pacientov (pošk. + nepošk.): _____ <input type="checkbox"/> št. vseh ekip NMP: _____		komentar, zapleti:			



PROTOKOL NUJNE INTERVENCIJE

Komisija za nujno medicinsko pomoč Zdravniške zbornice Slovenije in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

številka

protokola:

datum		čas prihoda na kraj dogodka ura min		kraj dogodka		lokacija dogodka <input type="checkbox"/> teren <input type="checkbox"/> ambulanta NMP		zdravnik		spremljevalec		voznik							
PRIIMEK IN IME PACIENTA						datum rojstva		Ž spol M		naslov				telefon svojci, očividci					
VODILNI PROBLEM, OPIS OKOLIŠČIN										Čas pojava akutnih simptomov ura min		PRIZADETOST OB PRIHODU EKIPE NMP <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> lažja <input type="checkbox"/> težja <input type="checkbox"/> zelo huda <input type="checkbox"/> zastoj srca (oživljanje je indicirano) <input type="checkbox"/> mrtev (oživljanje ni indicirano)							
čas pregleda		ob prihodu		med oskrbo		pred predajo		STATUS <input type="checkbox"/> bp											
ura min		ura min		ura min		ura min		koža <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> bleda <input type="checkbox"/> znojna <input type="checkbox"/> hladna <input type="checkbox"/> cianoza <input type="checkbox"/> ostalo: _____											
DIHANJE /min								glava <input type="checkbox"/> bp											
TIPNI UTRIP /min								vrat, vrat. hrbt. <input type="checkbox"/> bp											
EKG frekvenca								vratne vene <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> polne <input type="checkbox"/> prazne											
RR								srce <input type="checkbox"/> bp											
Sa O ₂								pljuča <input type="checkbox"/> bp											
BOLEČINA (0 -10)								prsni koš <input type="checkbox"/> bp											
*ZAVEST (1 - 6)								trebuh, medenica <input type="checkbox"/> bp											
*GCS (3 -15)								hrbet <input type="checkbox"/> bp											
<input type="checkbox"/> et CO ₂								ostala hrbtenica <input type="checkbox"/> bp											
KRVNI SLADKOR								zg. okončini <input type="checkbox"/> bp											
TEMPERATURA								sp. okončini <input type="checkbox"/> bp											
DESNA ZENICA		• ● ● + + - -		• ● ● + + - -		URGENTNI UZ <input type="checkbox"/> DA SRCE <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol. PLJUČA <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol.		VCI <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol. AA <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol.		E FAST <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol. GVT <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol. OSTALO <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol.		OPIS:							
LEVA ZENICA		• ● ● + + - -		• ● ● + + - -															
*ZAVEST		1 bistra 2 zmedenost 3 somnolenca 4 sopor 5 koma 6 sediran		*GCS		ODPIR. OČI 4 spontano 3 na zvok 2 na bolečino 1 nič		GOVOR 5 orientiran 4 zmeden 3 neustrezne besede 2 nerazumljivi glasovi 1 nič		MOTORIKA 6 uboga navodila 5 smiselni gibi 4 reakcija umika 3 fleks. odgovor 2 ekst. odgovor 1 nič		EKG <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> monitor <input type="checkbox"/> 12 kanalni EKG izvid <input type="checkbox"/> sinusni ritem <input type="checkbox"/> SV bradikardija <input type="checkbox"/> V bradikardija <input type="checkbox"/> AF / AU		<input type="checkbox"/> SVES <input type="checkbox"/> SV tahikardija <input type="checkbox"/> VES monotopne <input type="checkbox"/> VES politopne <input type="checkbox"/> VES salve <input type="checkbox"/> AV blok I. <input type="checkbox"/> AV blok II. <input type="checkbox"/> AV blok III.		<input type="checkbox"/> DKB <input type="checkbox"/> LKB <input type="checkbox"/> STEMI sprednja stena <input type="checkbox"/> STEMI stranska stena <input type="checkbox"/> STEMI spodnja stena <input type="checkbox"/> STEMI zadnja stena <input type="checkbox"/> STEMI desni prekat <input type="checkbox"/> WPW		<input type="checkbox"/> ritem AV voza <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> asistolija <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> ritem srčnega spodbujevalnika <input type="checkbox"/> _____	
DIAGNOZE								<input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> neposredno prepeljan v kat. lab. ali s HNMP		<input type="checkbox"/> AKUTNA MOŽGANSKA KAP (kandidat za trombolizo) <input type="checkbox"/> neposredno prepeljan na trombolizo ali s HNMP		<input type="checkbox"/> HUDA POŠKODBA GLAVE (GCS ≤8) <input type="checkbox"/> intubira ekipa NMP							
								<input type="checkbox"/> ZASTRUPITEV <input type="checkbox"/> zdravila <input type="checkbox"/> gobe <input type="checkbox"/> nevarne snovi <input type="checkbox"/> živali <input type="checkbox"/> rastline <input type="checkbox"/> neznano		ALKOHOL <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> vpliv <input type="checkbox"/> zastrupitev <input type="checkbox"/> ?		SAMOMOR ALI POSKUS <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ? PREPOVEDANE DROGE <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> vpliv <input type="checkbox"/> zastrupitev <input type="checkbox"/> ?							
ura min		ZDRAVILO / INFUZIJSKA RAZTOPINA				ODMEREK		POT		<input type="checkbox"/> kisik _____%, _____L/min venska pot <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ena <input type="checkbox"/> več <input type="checkbox"/> ne uspe <input type="checkbox"/> intraosalna pot <input type="checkbox"/> centralna venska pot <input type="checkbox"/> preveza rane <input type="checkbox"/> hemostaza <input type="checkbox"/> zunanja masaža srca <input type="checkbox"/> defibrilacija <input type="checkbox"/> elektrokonverzija: _____J		oživljanje <input type="checkbox"/> aspiracija dihal <input type="checkbox"/> ohlajanje <input type="checkbox"/> ogrevanje <input type="checkbox"/> torakalna punkcija <input type="checkbox"/> torakalna drenaža <input type="checkbox"/> perikardiocenteza <input type="checkbox"/> perfuzor <input type="checkbox"/> izpiranje želodca <input type="checkbox"/> porod		<input type="checkbox"/> ročna umetna ventilacija <input type="checkbox"/> neinvazivna ventilacija <input type="checkbox"/> intubacija brez zdravil <input type="checkbox"/> intubacija + sedacija <input type="checkbox"/> intubacija + sedacija + relaksant <input type="checkbox"/> intubacija ni uspela <input type="checkbox"/> alternativni pripomočki dih. poti <input type="checkbox"/> konikotomija, traheostomija <input type="checkbox"/> vazoaktivna, inotropna zdravila <input type="checkbox"/> trombolitična zdravila					
IMOBILIZACIJA <input type="checkbox"/> vratna opornica <input type="checkbox"/> opora za glavo <input type="checkbox"/> zajemalna nosila <input type="checkbox"/> vak. blazina <input type="checkbox"/> vak. opornice <input type="checkbox"/> imobil. steznik <input type="checkbox"/> deska za otroke <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> VENTILATOR _____/min, _____L/min tip ventilacije: _____ <input type="checkbox"/> ZUN. SRČNI SPODBUJEVALEC _____/min, _____mA		NAČIN PREVOZA <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 STANJE OB KONCU OSKRBE <input type="checkbox"/> boljše <input type="checkbox"/> enako <input type="checkbox"/> slabše <input type="checkbox"/> umrl med oskrbo		PREVOZ PACIENTA Z EKIPO NMP <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan z ekipo NMP <input type="checkbox"/> teren – bolnišnica <input type="checkbox"/> teren – ANMP <input type="checkbox"/> teren – ANMP – bolnišnica <input type="checkbox"/> ANMP – bolnišnica <input type="checkbox"/> prepeljan s HNMP <input type="checkbox"/> bolnišnica - bolnišnica <input type="checkbox"/> ostalo		IME SPREJEMNE USTANOVE SPREJEMNA AMB. <input type="checkbox"/> urgentni center <input type="checkbox"/> int. <input type="checkbox"/> krg. <input type="checkbox"/> otroš. <input type="checkbox"/> nevro. <input type="checkbox"/> _____		ČAS PRIHODA V USTANOVO ura min ČAS VRNITVE EKIPE NA IZHODIŠČE: ura min		PACIENTA PREVZEL <input type="checkbox"/> zdravnik <input type="checkbox"/> ostalo priimek in ime							
KDO DOKONČNO OSKRBI BOLNIKA? <input type="checkbox"/> ekipa NMP <input type="checkbox"/> specialisti <input type="checkbox"/> ostalo		KOMENTAR						podpis, žig zdravnika, ki predaja pacienta		žig enote NMP									

Prosimo, da en posneti EKG pripnete temu obrazcu, drugega pa oddate s kopijo obrazca zdravnika, ki mu bolnika predate.



PROTOKOL PREDBOLNIŠNIČNEGA OŽIVLJANJA

Komisija za nujno medicinsko pomoč Zdravniške zbornice Slovenije in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

Številka protokola:

datum		čas klica ura min		čas srčnega zastoja ura min		čas prihoda na mesto dogodka ura min		opis dogodka pred prihodom ekipe NMP				
kraj dogodka				zdravnik		spremljevalec		voznik		klic sprejet kot urgenca <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
PRIIMEK IN IME PACIENTA				datum rojstva		Ž spol M	naslov			izbrani zdravnik		
ZASTOJ SRCA SE JE ZGODIL <input type="checkbox"/> brez prič <input type="checkbox"/> vpričo laikov <input type="checkbox"/> vpričo ekipe NMP <input type="checkbox"/> vpričo drugih zdr. delavcev (niso del ekipe NMP)			PRED PRIHODOM EKIPE NMP <input type="checkbox"/> očividci niso oživljali <input type="checkbox"/> očividci so nepravilno oživljali <input type="checkbox"/> očividci so pravilno oživljali (pravilna masaža srca z ali brez umetnega dihanja)			AED <input type="checkbox"/> AED ni bil na voljo <input type="checkbox"/> AED je bil na voljo <input type="checkbox"/> ni podatka		PRVI POSREDOVALCI PRED EKIPO NMP <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		USPEŠNOST AED PRED PRIHODOM EKIPE NMP <input type="checkbox"/> AED je bil na voljo, niso ga uporabili <input type="checkbox"/> AED so uporabili, niso dosegli ROSC <input type="checkbox"/> AED so uporabili in dosegli ROSC		
<input type="checkbox"/> ROČNA UMETNA VENTILACIJA KISIK ____%, ____ L/min <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> na mestu dogodka <input type="checkbox"/> v reš. vozilu <input type="checkbox"/> ASPIRATOR CIRKULACIJA <input type="checkbox"/> ZMS - ročna <input type="checkbox"/> ZMS - mehanska <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> DEFIBRILACIJA št. defi: _____ <input type="checkbox"/> min energija: _____ J <input type="checkbox"/> maks. energija: _____ J <input type="checkbox"/> INTUBACIJA <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne uspe št. neuspešnih poskusov: _____ št. tubusa _____		<input type="checkbox"/> ALTERNATIVNA DIHALNA POT <input type="checkbox"/> I-gel <input type="checkbox"/> airtraq <input type="checkbox"/> laring. maska <input type="checkbox"/> laring. tubus <input type="checkbox"/> konikotomija <input type="checkbox"/> traheostomija <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> VENTILATOR ____/min, ____ L/min tip ventilacije: _____		<input type="checkbox"/> ZUNANJI SRČNI SPODBUJEVALEC ____/min, ____ mA VENSKA POT <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ena <input type="checkbox"/> več <input type="checkbox"/> ne uspe DRUGE POTE <input type="checkbox"/> intraosalna pot <input type="checkbox"/> centralna venska pot <input type="checkbox"/> TERAPEVTSKA HIPOTERMIIJA Način: _____		ČAS ZDRAVILO, INF. RAZTOPINA		ODMEREK	POT	
vrednosti		ob začetku oživljanja ura min		med oskrbo ura min		na koncu intervencije ura min		PRVI EKG PRI OŽIVLJANJU <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT brez tipnih utripov <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> asistolija <input type="checkbox"/> neznano		ČAS PRVEGA EKG ura min	EKG NA KONCU INTERVENCIJE <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT brez tipnih utripov <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> asistolija <input type="checkbox"/> sinus s tipnimi utripi <input type="checkbox"/> drugi ritmi s tipnimi utripi	STABILNA CIRKULACIJA SE JE VZPOSTAVILA ob: _____ ura, min <input type="checkbox"/> na terenu <input type="checkbox"/> v reš. vozilu <input type="checkbox"/> v ambulantni NMP <input type="checkbox"/> se ni vzpostavila
SaO ₂		<input type="checkbox"/> et CO ₂		TEMPERATURA		URGENTNI UZ <input type="checkbox"/> DA SRCE <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol. PLJUČA <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol. VCI <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol. AA <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol.		e FAST <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol. GVT <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol. OSTALO <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> patol.		OPIS:		
STANJE PO INTERVENCIJI <input type="checkbox"/> brez lastne cirkulacije (brez ROSC) ves čas oživljanja <input type="checkbox"/> povrnitev nezadostnega dihanja <input type="checkbox"/> ROSC se je občasno pojavil med oživljanjem <input type="checkbox"/> povrnitev zadostnega dihanja <input type="checkbox"/> vzpostavitev stabilne lastne cirkulacije (ROSC) <input type="checkbox"/> povrnitev zavesti vse do sprejema v bolnišnico						KONČNA DIAGNOZA <input type="checkbox"/> predbolnišnična: <input type="checkbox"/> bolnišnična: <input type="checkbox"/> obdukcijska:						
VZROK ZASTOJA <input type="checkbox"/> srčni vzrok <input type="checkbox"/> bolezen dihal <input type="checkbox"/> poškodba <input type="checkbox"/> drugi nesrčni vzroki <input type="checkbox"/> utopitev <input type="checkbox"/> neznano			PREVOZ PACIENTA <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan <input type="checkbox"/> teren – bolnišnica <input type="checkbox"/> teren – ambulanta NMP <input type="checkbox"/> teren – ambulanta NMP – bolnišnica			ambulanta NMP – bolnišnica prepeljan s HNMP bolnišnica – bolnišnica ostalo		SPREJEMNA AMBULANTA		SPREJEMNA BOLNIŠNICA		DATUM ODPUSTA
USODA PACIENTA <input type="checkbox"/> UMRL PRED SPREJEMOM V BOLNIŠNICO <input type="checkbox"/> umrl na mestu dogodka <input type="checkbox"/> umrl v reševalnem vozilu <input type="checkbox"/> umrl v ambulantni NMP <input type="checkbox"/> umrl med prevozom s HNMP			V BOLNIŠNICI <input type="checkbox"/> umrl ob sprejemu v bolnišnico <input type="checkbox"/> sprejet na intenzivni odd. bolnišnice <input type="checkbox"/> umrl v času hospitalizacije <input type="checkbox"/> odpuščen živ iz bolnišnice <input type="checkbox"/> ni podatka			DOSEŽENA VREDNOST CPC OB ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> neznano 1. Dobra zmogljivost možganov. Sposoben normalnega življenja in dela. Lahko minimalne psihološke ali nevrološke motnje (blaga disfazija, nemoteča hemipareza...). 2. Zmerna možganska okvara. Zavesten. Zmore delovne obremenitve v skrajšanem času, ne pa polnih. Osnovne aktivnosti opravlja sam (oblačenje, potovanje, priprava hrane...). Lahko ima večje nevropsihološke motnje (hemiplegija, epilepsija, ataksija, dizartrija, spominske motnje, mentalna spremenjenost). 3. Težka možganska okvara. Zavesten. Odvisen od okolice. Potrebna domska ali zelo kakovostna nega na domu. Težke nevropsihološke motnje (od demence do locked in sindroma). 4. Vegetativno stanje. Nezavesten. Brez stika z okolico.						
MESTO OŽIVLJANJA <input type="checkbox"/> domače okolje <input type="checkbox"/> ambulanta NMP <input type="checkbox"/> delovno okolje <input type="checkbox"/> reševalno vozilo <input type="checkbox"/> šport/rekreacija <input type="checkbox"/> medicinski helikopter <input type="checkbox"/> izobraž. ustanova <input type="checkbox"/> negovalna ustanova <input type="checkbox"/> cesta <input type="checkbox"/> druga zdravst. ustanova <input type="checkbox"/> javna ustanova <input type="checkbox"/> ostalo			KOMENTAR O POTEKU OŽIVLJANJA:						podpis, žig zdravnika, ki predaja pacienta žig enote NMP			

Prosimo, da protokolu priložite posnetek EKG in drugih merjenih parametrov in kasneje odpustnico iz bolnišnice in/ali obdukcijski izvid.