

Priloga 9: Poročilo o reševalnem prevozu

POROČILO O REŠEVALNEM PREVOZU Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije		Enota NMP:		Številka poročila:		
datum	dan v tednu	PRIIMEK IN IME PACIENTA		datum rojstva	Ž spol M	naslov
kraj dogodka		oddaljenost km	lokacija dogodka <input type="checkbox"/> teren <input type="checkbox"/> zdr. ustanova	reševalec - spremljevalec		reševalec - voznik
VODILNI PROBLEM (opis okoliščin)				čas pojava akutnih simptomov : ura min	PRIZADETOST OB PRIHODU EKIP <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)	
TIP PREVOZA <input type="checkbox"/> nujni prevoz <input type="checkbox"/> nenujni prevoz	STOPNJA NUJNOSTI <input type="checkbox"/> z opozorilnimi znaki <input type="checkbox"/> brez opozorilnih znakov	ČASI OPRAVLJENEGA PREVOZA				
		čas sprejema naročila za prevoz ura min	čas izvoza reševalnega vozila ura min	čas prihoda do pacienta ura min	čas prihoda pacienta na cilj ura min	
čas pregleda	ob prevzemu ura min	med obravnavo ura min	pred predajo ura min	PREGLED IN STANJE PACIENTA		
DIHANJE /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: _____		
TIPNI UTRIP /min				glava: <input type="checkbox"/> bp		
EKG frekvenca				vrat, vrat.hrbt.: <input type="checkbox"/> bp		
RR				vratne vene: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> polne <input type="checkbox"/> prazne		
Sa O ₂				srce: <input type="checkbox"/> bp		
BOLEČINA (0 -10)				pljuča: <input type="checkbox"/> bp		
*ZAVEST (AVPU)				prsni koš: <input type="checkbox"/> bp		
*GCS (3 -15)				trebuh, medenica: <input type="checkbox"/> bp		
KRVNI SLADKOR				hrbet, hrbtenica: <input type="checkbox"/> bp		
TEMPERATURA				zg. okončine: <input type="checkbox"/> bp		
DESNA ZENICA	• • • • •	+ + - -	• • • • •	LEVA ZENICA	• • • • •	+ + - -
EKG	EKG IZVID:		*ZAVEST	ODPIR. OČI	GOVOR	MOTORIKA
<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> sinusni ritem	<input type="checkbox"/> ritem sr. spodbujevalnika	A bister, buden	4 spontano	5 orientiran	6 uboga navodila
<input type="checkbox"/> monitor	<input type="checkbox"/> bradikardija	<input type="checkbox"/> tahikardija / ozki QRS	V odziv. na glas, klic	3 na zvok	4 zmeden	5 smiselni gibi
<input type="checkbox"/> 12 kanalni	<input type="checkbox"/> AF / AU	<input type="checkbox"/> tahikardija / široki QRS	P odziv. na bolečino	2 na bolečino	3 neustrezne besede	4 reakcija umika
	<input type="checkbox"/> AV blok III.	<input type="checkbox"/> VT brez tipnih utripov	U neodziven	1 nič	2 nezumljivi glasovi	3 fleks. odgovor
	<input type="checkbox"/> asistolija	<input type="checkbox"/> VF		1 nič	2 občasno stoka	2 ekst. odgovor
	<input type="checkbox"/> PEA	<input type="checkbox"/>		1 nič	1 nič	1 nič
PREPOZNANA NUJNA STANJA (opis vodilnih težav in poškodb pacienta)			AKUTNI KORONARNI SINDROM (huda bolečina v prsnem košu) <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?	AKUTNA MOŽGANSKA KAP (znaki možganske kapi) <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?	ZASTRUPITEV <input type="checkbox"/> z zdravili <input type="checkbox"/> z nevarnimi snovmi <input type="checkbox"/> neznano	
			HUDA POŠKODBA GLAVE (izražena motnja zavesti, GCS ≤8) <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?	SOK (izraženi znaki šoka) <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?		
			ALKOHOL: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?	PREPOVEDANE DROGE: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?	SAMOMOR ALI POSKUS <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?	
ZDRAVILO	odmerek	čas	pot	POSEGI EKIP ZA PREVOZ PACIENTA		
ADRENALIN				<input type="checkbox"/> intraosalna pot	<input type="checkbox"/> torakalna punkcija	<input type="checkbox"/> ročna umetna ventilacija
				<input type="checkbox"/> preveza rane	<input type="checkbox"/> porod	<input type="checkbox"/> intubacija brez zdravil
				<input type="checkbox"/> hemostaza	<input type="checkbox"/> ogrevanje	<input type="checkbox"/> intubacija ni uspela
				<input type="checkbox"/> zunanja masaža srca	<input type="checkbox"/> ohlajanje	<input type="checkbox"/> alternativni pripom. za dihalno pot
				<input type="checkbox"/> defibrilacija	<input type="checkbox"/> perfuzor	<input type="checkbox"/> konikotomija
				<input type="checkbox"/> elektrokonverzija: _____ J	<input type="checkbox"/> aspiracija dihal	<input type="checkbox"/>
AMIODARON				KISIK		
GLUKOZA				<input type="checkbox"/> ne	VENSKA POT <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ne uspe velikost (G) <input type="checkbox"/> ena <input type="checkbox"/> več _____	
				<input type="checkbox"/> venturi maska _____%,	INFUZIJSKA RAZTOPINA	
				<input type="checkbox"/> nosni kat _____ L/min	<input type="checkbox"/> ne 1. _____ / _____ ml	
				<input type="checkbox"/> OHIO maska	<input type="checkbox"/> da 2. _____ / _____ ml	
PP / NMP pred prihodom	POGOJI VOZJE	AKTIVACIJA DRUGIH EKIP	IMOBILIZACIJA	VENTILATOR	NAČIN PREVOZA	
<input type="checkbox"/> nihče	<input type="checkbox"/> normalni	<input type="checkbox"/> obravnavali sami	<input type="checkbox"/> vratna opornica	<input type="checkbox"/> da MV: _____ L/min	<input type="checkbox"/> leže – dvignjeno vzglavje	
<input type="checkbox"/> laik	<input type="checkbox"/> gost promer	<input type="checkbox"/> ekipa NRV	<input type="checkbox"/> opora za glavo	<input type="checkbox"/> ne FR: _____ /min	<input type="checkbox"/> leže – vodoravno	
<input type="checkbox"/> gasilci, policisti	<input type="checkbox"/> slabo vreme	<input type="checkbox"/> zdravnik (dežurni)	<input type="checkbox"/> zajemalna nosila	tip ventilacije: _____	<input type="checkbox"/> leže – položaj šokiranega	
<input type="checkbox"/> zdravstveni delavec	<input type="checkbox"/> tehnične težave	<input type="checkbox"/> ekipa REANIMOBILA	<input type="checkbox"/> vakuum. blazina		<input type="checkbox"/> leže – na boku	
<input type="checkbox"/> prvi posred. – aktivirani		<input type="checkbox"/> HNMP	<input type="checkbox"/> vakuum. opornice		<input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> ni bil prepeljan	
<input type="checkbox"/> ekipa NMP		<input type="checkbox"/> policija	<input type="checkbox"/> imobil. steznik	ZUN. SRČNI SPodbUJEVALEC	STANJE OB KONCU OSKRBE	
			<input type="checkbox"/> deska za otroke	<input type="checkbox"/> da _____ /min	<input type="checkbox"/> boljše <input type="checkbox"/> enako	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ne _____ mA	<input type="checkbox"/> slabše <input type="checkbox"/> umrl med oskrbo	
SPREJEMNA USTANOVA:		Komentar:				
Pacienta prevzel:			Izpolnil poročilo (pacienta oddal):			
ura: _____ <input type="checkbox"/> zdravnik <input type="checkbox"/> DMS/DZ <input type="checkbox"/> ZT/SMS <input type="checkbox"/>			ura: _____ <input type="checkbox"/> zdravnik <input type="checkbox"/> DMS/DZ <input type="checkbox"/> NPK-ZR <input type="checkbox"/> ZT/SMS <input type="checkbox"/>			

Prosimo, da en posneti EKG pripnete temu obrazcu, drugega pa oddate s kopijo obrazca sprejemnemu zdravstvenemu osebju.



POROČILO O INTERVENCIJI EKIPE MOTORNEGA KOLESA ZA NMP

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

Enota NMP:

številka poročila:

datum		dan v tednu		PRIIMEK IN IME PACIENTA			datum rojstva		Ž spol M	naslov									
kraj dogodka				oddaljenost km	lokacija dogodka <input type="checkbox"/> teren <input type="checkbox"/> zdr. ustanova		reševalec - motorist												
VODILNI PROBLEM (opis okoliščin)							čas pojava akutnih simptomov : : ura min		PRIZADETOST OB PRIHODU EKIPE <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)										
STOPNJA NUJNOSTI <input type="checkbox"/> z opozorilnimi znaki <input type="checkbox"/> brez opozorilnih znakov		ČASI OPRAVLJENEGA PREVOZA																	
		čas sprejema naročila za izvoz : : ura min		čas izvoza motornega kolesa : : ura min		čas prihoda do pacienta : : ura min		čas odhoda s kraja intervencije : : ura min		čas vrnitve ekipe v ustanovo : : ura min									
čas pregleda : : ura min				ob prevzemu : : ura min	med obravnavo : : ura min	pred predajo : : ura min	PREGLED IN STANJE PACIENTA												
DIHANJE /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: _____	glava: <input type="checkbox"/> bp	vrata, vrat.hrbt.: <input type="checkbox"/> bp	vratne vene: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> polne <input type="checkbox"/> prazne	srce: <input type="checkbox"/> bp	pljuča: <input type="checkbox"/> bp	prsni koš: <input type="checkbox"/> bp	trebuh, medenica: <input type="checkbox"/> bp	hrbet, hrbtenica: <input type="checkbox"/> bp	zg. okončine: <input type="checkbox"/> bp	TEMPERATURA	sp. okončine: <input type="checkbox"/> bp				
DESNA ZENICA		• • • • • + + - -	• • • • • + + - -	• • • • • + + - -	LEVA ZENICA		• • • • • + + - -	• • • • • + + - -	• • • • • + + - -	• • • • • + + - -	• • • • • + + - -	• • • • • + + - -	• • • • • + + - -	• • • • • + + - -	• • • • • + + - -				
EKG		EKG IZVID:		*ZAVEST		*GCS		GOVOR		GOVOR - otroci		MOTORIKA							
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> monitor <input type="checkbox"/> 12 kanalni		<input type="checkbox"/> sinusni ritem <input type="checkbox"/> bradikardija <input type="checkbox"/> AF / AU <input type="checkbox"/> AV blok III. <input type="checkbox"/> asistolija <input type="checkbox"/> PEA		<input type="checkbox"/> ritem sr. spodbujevalnika <input type="checkbox"/> tahikardija / ozki QRS <input type="checkbox"/> tahikardija / široki QRS <input type="checkbox"/> VT brez tipnih utripov <input type="checkbox"/> VF		A bister, buden V odziv. na glas, klik P odziv. na bolečino U neodziven		4 spontano 3 na zvok 2 na bolečino 1 nič		5 orientiran 4 zmeden 3 neustrezne besede 2 nerazumljivi glasovi 1 nič		4 slabotno, govori običajno 3 ne sodeluje, joka 2 občasno stoka 1 nič		6 uboga navodila 5 smiselni gibi 4 reakcija umika 3 fleks. odgovor 2 ekst. odgovor 1 nič					
PREPOZNANA NUJNA STANJA (opis vodilnih težav in poškodb pacienta)				AKUTNI KORONARNI SINDROM (huda bolečina v prsnem košu) <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?		AKUTNA MOŽGANSKA KAP (znaki možganske kapi) <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?		HUDA POŠKODBA GLAVE (izražena motnja zavesti, GCS ≤8) <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?		ŠOK (izraženi znaki šoka) <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?		ZASTRUPITEV <input type="checkbox"/> z zdravili <input type="checkbox"/> z nevarnimi snovmi <input type="checkbox"/> neznan		ALKOHOL: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?		PREPOVEDANE DROGE: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?		SAMOMER ALI POSKUS <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?	
ZDRAVILO		odmerek	čas	pot	POSEGI EKIPE MOTORNEGA KOLESA ZA NMP														
ADRENALIN					<input type="checkbox"/> intraosalna 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				<input type="checkbox"/> torakalna punkcija <input type="checkbox"/> porod <input type="checkbox"/> ogrevanje <input type="checkbox"/> ohlajanje <input type="checkbox"/> perfuzor <input type="checkbox"/> aspiracija dihal				<input type="checkbox"/> ročna umetna ventilacija <input type="checkbox"/> intubacija brez zdravil <input type="checkbox"/> intubacija ni uspela <input type="checkbox"/> alternativni pripomočki dihal. poti <input type="checkbox"/> konikotomija						
AMIODARON					KISIK <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> venturi maska _____%, <input type="checkbox"/> nosni kat. _____ L/min <input type="checkbox"/> OHIO maska				VENSKA POT <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ne uspe <input type="checkbox"/> velikost (G) <input type="checkbox"/> ena <input type="checkbox"/> več _____				INFUZIJSKA RAZTOPINA <input type="checkbox"/> ne 1. _____ / _____ ml <input type="checkbox"/> da 2. _____ / _____ ml						
PP / NMP pred prihodom <input type="checkbox"/> nihče <input type="checkbox"/> laik <input type="checkbox"/> gasilci, policisti <input type="checkbox"/> zdravstveni delavec <input type="checkbox"/> prvi posred. – aktivirani <input type="checkbox"/> ekipa NMP		POGOJI VOŽJE <input type="checkbox"/> normalni <input type="checkbox"/> gost promet <input type="checkbox"/> slabo vreme <input type="checkbox"/> tehnične težave		AKTIVACIJA DRUGIH EKIP <input type="checkbox"/> obravnaval sam <input type="checkbox"/> ekipa NRV <input type="checkbox"/> zdravnik (dežurni) <input type="checkbox"/> ekipa REANIMOBILA <input type="checkbox"/> HNMP <input type="checkbox"/> policija		IMOBILIZACIJA <input type="checkbox"/> vratna opornica <input type="checkbox"/> opora za glavo <input type="checkbox"/> zajemalna nosila <input type="checkbox"/> vakuum. blazina <input type="checkbox"/> vakuum. opornice <input type="checkbox"/> imobil. steznik <input type="checkbox"/> deska za otroke				VENTILATOR <input type="checkbox"/> da MV: _____ L/min <input type="checkbox"/> ne FR: _____ /min tip ventilacije: _____				ZUN. SRČNI SPodbUJEVALEC <input type="checkbox"/> da _____ /min <input type="checkbox"/> ne _____ mA STANJE OB KONCU OSKRBE <input type="checkbox"/> boljše <input type="checkbox"/> enako <input type="checkbox"/> slabše <input type="checkbox"/> umrl med oskrbo					
Pacienta prevzela ekipa:		Komentar:																	
Pacienta prevzel:		Izpolnil poročilo (pacienta oddal):																	
ura: _____		□ zdravnik	□ DMS/DZ	□ ZT/SMS	□ _____	(ime in priimek)	(podpis)	(ime in priimek)	(podpis)	□ zdravnik	□ DMS/DZ	□ NPK-ZR	□ ZT/SMS	□ _____	□ _____				

Prosimo, da en posneti EKG pripnete temu obrazcu, drugega pa oddate s kopijo obrazca sprejemnemu zdravstvenemu osebju.