

nr pacjenta

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie  
64-000 Kościan, ul Szpitalna 7 tel. 065/512-08-55 fax 065/512-07-07

Historia choroby z leczenia ambulatoryjnego

Nazwisko i imię chorego .....

Miejsce i data urodzenia .....

Miejsce zamieszkania (kod pocztowy) .....

PESEL  Nr dokumentu ubezpieczeniowego .....

Data aktualizacji dokumentu .....

Data przyjęcia ..... godz. przyjęcia .....

Rozpoznanie nr statystyczny według ICD-10

słownie: .....

1. **Wywiad** (dolegliwości, początek i przebieg choroby i leczenia, inne choroby przebyte i trwające choroby, uczulenia na leki, alergię, skazy krwotoczne, nałogi, praca)

2. **Adnotacje o rodzaju udzielonych świadczeń**

3. **Zastosowane leczenie**

4. **Zalecenia Lekarza**

.....  
data, podpis i pieczęć lekarza



# KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Załącznik nr 4

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)

Kod ZRM realizującego zlecenie:

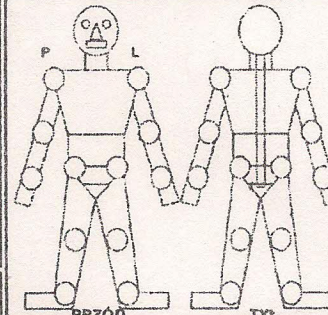
Nr zlecenia wyjazdu:

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w KOŚCIANIE**  
64-000 Kościan ul. Szpitalna 7  
REGON 411051999

## I - WYWIAD

<p style="font-size: 2em; opacity: 0.5; text-align: center;">WYWIAD</p>	<p><b>MIEJSCE ZDARZENIA</b></p> <p>w domu..... <input type="checkbox"/></p> <p>w miejscu publicznym..... <input type="checkbox"/></p> <p>w ruchu uliczno-drog..... <input type="checkbox"/></p> <p>w pracy <input type="checkbox"/> w szkole..... <input type="checkbox"/></p> <p>w rolnictwie..... <input type="checkbox"/></p>
---	--

## II - BADANIE

<p><b>GLASGOW-COMA-SCALE</b></p> <p><b>OTWIERANIE OCZU</b></p> <p>spontanicznie.....4</p> <p>na głos.....3</p> <p>na ból.....2</p> <p>brak.....1</p> <p><b>REAKCJA SŁOWNA</b></p> <p>zorientowany.....5</p> <p>spłątany.....4</p> <p>niewłaściwe słowa.....3</p> <p>niezrozumiałe dźwięki.....2</p> <p>brak.....1</p> <p><b>REAKCJA RUCHOWA</b></p> <p>wykonuje polecenia.....6</p> <p>lokalizacja bólu.....5</p> <p>ucieczka od bólu.....4</p> <p>zgięciowa.....3</p> <p>wyprostna.....2</p> <p>brak.....1</p> <p>SUMA <input type="text"/></p>	<p><b>RTS</b></p> <p><b>CZ. ODDECHÓW</b></p> <p>10-29.....4</p> <p>&gt;29.....3</p> <p>6-9.....2</p> <p>1-5.....1</p> <p>brak.....0</p> <p><b>RR SKURCZOWE</b></p> <p>&gt;89.....4</p> <p>76-89.....3</p> <p>50-75.....2</p> <p>1-49.....1</p> <p>0.....0</p> <p><b>GCS</b></p> <p>13-15.....4</p> <p>9-12.....3</p> <p>6-8.....2</p> <p>4-5.....1</p> <p>3.....0</p> <p>SUMA <input type="text"/></p>	<p><b>UKŁAD ODDECHOWY</b></p> <p>częstość oddechów..... <input type="text"/> /min</p> <p>duszność..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>sinica..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>bezdech..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>szmer prawidł..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>furczenie..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>świsły..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>rżęzenie..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>brak szmeru..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>inne..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>Saturacja..... <input type="text"/> %</p>	<p><b>ŻRNICE</b></p> <p>Reakcja na światło:</p> <p>prawidłowa..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>powolna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>brak..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>szerokość:</p> <p>normalna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>wąska..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>szeroka..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p><b>CIŚNIENIE TĘTNICZE</b></p> <p><input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg</p> <p><b>TĘTNO</b> miarowe..... <input type="checkbox"/></p> <p><input type="text"/> /min niemiar..... <input type="checkbox"/></p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;">  <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> brak obrażeń</li> <li>O Złamanie otwarte</li> <li>Z Złamanie zamknięte</li> <li>W Zwinięcie</li> <li>S Siłczenie</li> <li>R Rana</li> <li>K Krwotok z rany</li> <li>M Zmładzenie</li> <li>A Amputacja</li> <li>N Ból nieurazowy</li> <li>P Oparzenie</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> %</p> <p><input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> %</p> <p><input type="checkbox"/> oparzenie wziewne</p> </div> <p><small>Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy typu z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha</small></p> <p><input type="checkbox"/> amputacja kończyn powyżej kolana lub łokcia</p> <p><input type="checkbox"/> rozległe zmiażdżenie kończyn</p> <p><small>Uszkodzenie rżenia kręgowego</small></p> <p><input type="checkbox"/> uszkodzenie rżenia kręgowego naczyń i nerwów</p> <p><input type="checkbox"/> złamanie kończyny z uszkodzeniem</p> <p><input type="checkbox"/> złamanie co najmniej dwóch przolegających kości długich kończyn lub miednicy</p>
--	--	--	---	---

<p><b>OBJAWY</b></p> <p>wstrząs..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>NZK..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>obj. oponowe..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>drgawki..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>afazja..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>wymioty..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>biegunka..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>krwawienie..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>obrzęki..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>zastabnięcie..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p><b>INNE</b></p> <p>cięża..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>poród..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p> <p>chor. zakaźna..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N</p>	<p><b>SKÓRA</b></p> <p>Wygląd:</p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>blada..... <input type="checkbox"/></p> <p>rumień..... <input type="checkbox"/></p> <p>zażółcenie..... <input type="checkbox"/></p> <p>sinica obw..... <input type="checkbox"/></p> <p>sinica centr..... <input type="checkbox"/></p> <p><b>Wilgotność:</b></p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>wilgotna..... <input type="checkbox"/></p> <p>sucha..... <input type="checkbox"/></p> <p><b>Temperatura:</b></p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>chłodna..... <input type="checkbox"/></p> <p>ciepła..... <input type="checkbox"/></p>	<p><b>JAMA BRZUSZNA</b></p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>bolesność palpacyjna..... <input type="checkbox"/></p> <p>brak perystaltyki..... <input type="checkbox"/></p> <p>objawy otrzewnowe..... <input type="checkbox"/></p> <p><b>OCENA PSYCHO-RUCH.</b></p> <p>w normie..... <input type="checkbox"/></p> <p>spowolniały..... <input type="checkbox"/></p> <p>popudzony..... <input type="checkbox"/></p> <p>agresywny..... <input type="checkbox"/></p>	<p><b>TONY SERCA</b></p> <p>czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/></p> <p>stłumione..... <input type="checkbox"/></p> <p>inne..... <input type="checkbox"/></p> <p><b>NIEDOWŁAD / PORAZENIE</b></p> <p>kończyna górna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p>kończyna dolna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P</p> <p><b>ZAPACH Z UST</b></p> <p>rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/></p> <p>alkohol..... <input type="checkbox"/></p> <p>inne..... <input type="checkbox"/></p> <p><b>POZIOM GLUKOZY</b> <input type="text"/> mg% <input type="text"/> g/l</p>	<p><b>EKG</b></p> <p>Rytm zatokowy..... <input type="checkbox"/></p> <p>Tachykardia nadkomorowa..... <input type="checkbox"/></p> <p>Tachykardia komorowa..... <input type="checkbox"/></p> <p>Migotanie/trzepotanie przedsionków..... <input type="checkbox"/></p> <p>AV blok..... <input type="checkbox"/></p> <p>sVES..... <input type="checkbox"/></p> <p>VES..... <input type="checkbox"/></p> <p>VF/VT..... <input type="checkbox"/></p> <p>Asystolia..... <input type="checkbox"/></p> <p>PEA..... <input type="checkbox"/></p> <p>Rozrusznik..... <input type="checkbox"/></p> <p>OZW..... <input type="checkbox"/></p> <p>Zawał..... <input type="checkbox"/></p> <p>Inne..... <input type="checkbox"/></p>	<p><b>OPIS</b></p> <p style="font-size: 0.8em;">ROD ICD10: <input type="text"/> ICD10: <input type="text"/> ICD10: <input type="text"/></p>
--	--	---	--	--	---

## III - ROZPOZNANIE

OPIS

## IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

<p><b>CZYNNOŚCI</b></p> <p>odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kołnier..... <input type="checkbox"/> linia żył. obw..... <input type="checkbox"/></p> <p>went. workiem..... <input type="checkbox"/> stymulacja zew..... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> linia żył. cent..... <input type="checkbox"/></p> <p>rukka UG..... <input type="checkbox"/> kardiowersja..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> cewnikowanie..... <input type="checkbox"/></p> <p>intubacja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie..... <input type="checkbox"/> sonda żołąd..... <input type="checkbox"/></p> <p>respirator..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> monitorowanie..... <input type="checkbox"/></p> <p>łtenoter. bierna..... <input type="checkbox"/> teletransmisja..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/></p>	<p><b>ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. ( nazwa, dawka, droga podania)</b></p>
--	--

## ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU

## V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

<p><b>DANE PACJENTA</b></p> <p>Imię: .....</p> <p>Nazwisko: .....</p> <p>Adres zamieszkania: .....</p> <p>ul:.....nr:.....m:.....</p> <p>Rodz. i nr. dok. tożsamości: .....</p>	<p>Ident. NFZ: <input type="text"/> Data urodzenia / wiek: <input type="text"/></p> <p>NUMER PESEL pacjenta: <input type="text"/></p> <p>Podpis i pieczęć kierownika ZRM: <input type="text"/> Zespół (SP): <input type="text"/></p> <p>data udzielenia pomocy <input type="text"/></p>	<p><b>Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Przyjęcie pacjenta <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia</p> <p>pieczęć IP/SOR    podpis i pieczęć lekarza</p> <p>Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym:</p> <p>data.....godz.....min.....</p> <p>Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat.</p> <p>data.....godz.....min.....</p>
---	---	--

5a m

## Karta przekazania narzędzi, sprzętu, materiału

Komórka .....

Data.....godzina

## Dezynfekcja wstępna/właściwa \*

L.p.	Rodzaj materiału	Ilość
1	Endo biodra	
2	Endo kolana	
3	Endo klejowe	
4	DHS	
5	Płytką zwykłą	
6	Usunięcie metalu	
7	Haluxy	
8	Ręka	
9	Synteza ręka	
10	Biodro ABG	
11	Artroskopia	
12	Wiertarka	
13	ACL	
14	Synowektomia	
15	Kanał nadgarstka	
16	Drobne zabiegi	
17	Dodatkowe narzędzia	
18	Chusty zgrzewka	
19	Prześcieradła zgrzewka	
20	Obłożenia	
21	Szejwer	
22	Optyka	
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

\*zakreślić wykonaną metodę dezynfekcji

Podpis osoby odpowiedzialnej za przekazanie

Podpis osoby odbierającej

Sam

Karta przekazania narzędzi, sprzętu, materiału

Komórka .....

Data.....godzina.

Dezynfekcja wstępna/właściwa \*

LP	Rodzaj materiału	Ilość
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

\*zakreślić wykonaną metodę dezynfekcji

Podpis osoby odpowiedzialnej za przekazanie

Podpis osoby odbierającej