

„Príloha č. 5
k výnosu č. 10548/2009-OL

ZÁZNAM O ZHODNOTENÍ ZDRAVOTNÉHO STAVU OSOBY

Pečiatka poskytovateľa:		ZÁZNAM O ZHODNOTENÍ ZDRAVOTNÉHO STAVU OSOBY		Dátum	Začiatok transportu
Číslo výjazdu: <input type="checkbox"/> Typ posádky <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VZS				Hlášenie	Koniec transportu
		Výjazd	Odvodzenie	Príchod	Voľný
		Kontakt	Ukončenie		
Posádka:					
Miesto zásahu:		Typ zásahu	Primárny <input type="checkbox"/>	Sekundárny <input type="checkbox"/>	Odvolaný <input type="checkbox"/> Zneužitie <input type="checkbox"/>
Dôvod:				Dg:	
PRIEZVISKO:		MENO:		POISŤOVŇA:	
BYDLISKO:		R. č.:			
Anamnéza (OA, LA, AA, TO/E):					
X <input type="checkbox"/> Prítomné <input type="checkbox"/> Neprítomné		VF			
Lokalizácia:		TK Torr			
Výkony:		SF min			
		DF min			
		O ₂ SAT %			
		EtCO ₂ mm Hg			
		Glykémia mmol/l			
		TT °C			
		GCS			
		Bolesť			
		EKG			
A					
Priechodné <input type="checkbox"/> Aspirácia <input type="checkbox"/> Obštrukcia <input type="checkbox"/>					
Výkony:					
B					
Eupnoe <input type="checkbox"/> Apnoe <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/>					
Auskultačný nález:					
Výkony:					
C		Trauma:			
Centr. pulz:	<input type="checkbox"/> Pravidelný <input type="checkbox"/> Nepravidelný <input type="checkbox"/> Plný <input type="checkbox"/> Nitkovitý <input type="checkbox"/> SINE				
Perif. pulz:	<input type="checkbox"/> Pravidelný <input type="checkbox"/> Nepravidelný <input type="checkbox"/> Plný <input type="checkbox"/> Nitkovitý <input type="checkbox"/> SINE				
Farba pokožky:	<input type="checkbox"/> Ružová <input type="checkbox"/> Bledá <input type="checkbox"/> Cyanotická <input type="checkbox"/> Rasovo pigmentovaná				
Kapilárny návrat:	<input type="checkbox"/> Pod 2 sekundy <input type="checkbox"/> Nad 2 sekundy				
Auskult. nález:					
D		Odvodzený / kde:			
Veľkosť zrenič: P: _____ L: _____ Fotoreakcia <input type="checkbox"/> P/ <input type="checkbox"/> L Deviácia <input type="checkbox"/> P/ <input type="checkbox"/> L		Ošetrovaný na mieste, poučený <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Plávajúce bubly <input type="checkbox"/> Okulocefalický reflex <input type="checkbox"/> Korneálny reflex		Odmietol: <input type="checkbox"/> ošetrovanie <input type="checkbox"/> transport			
<input type="checkbox"/> Vertigo <input type="checkbox"/> Krčová aktivita <input type="checkbox"/> Odchod moču <input type="checkbox"/> Odchod stolice <input type="checkbox"/> Mening. príznaky		Transportná poloha:			
Neurologický nález: (FAST/MEND)					
Ostatné výkony:		Stav pacienta:			
KPR: <input type="checkbox"/> kompresie hrudníka od: _____ do: _____ Vstupný rytmus: _____		Zlepšený <input type="checkbox"/> Nezmienený <input type="checkbox"/> Zhoršený <input type="checkbox"/>			
Defibrilácia čas:		Exitus letalis <input type="checkbox"/> Čas: _____			
Terapia:		Poznámka:			
Diagnózy:					
Odozdal: _____ Podpis: _____ km: _____		Prevzal / Podpis: _____			

Príloha č. 6
k výnosu č. 10548/2009-OL

VZOR

TRIEDIACA KARTA
pre prípade udalosti s hromadným postihnutím osôb

DIAGNÓZA	Vedomie GCS O.K. <input type="checkbox"/>	Kód pacienta: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> Intubácia <input type="checkbox"/> Ventilácia <input type="checkbox"/> Pleurálna drenáž <input type="checkbox"/> napravo <input type="checkbox"/> naľavo <input type="checkbox"/> Zastavenie krvácania <input type="checkbox"/> Infúzia Lieky <input type="checkbox"/>	POTVRDENIE VYKONANIA
	Dychanie (frek./min.) O.K. <input type="checkbox"/>	O.K. <input type="checkbox"/>		
TRIEDENIE	Obeh (frek./min.) O.K. <input type="checkbox"/>	Dg.: <input type="text"/> Dg.: <input type="text"/> Dg.: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Znehybnenie <input type="checkbox"/> Dekontaminácia <input type="checkbox"/>	Odd. <input type="checkbox"/> Transp. prostriedok <input type="checkbox"/>
	Dg.: <input type="text"/>	Dg.: <input type="text"/>	Lieky <input type="checkbox"/>	
Terapie: I, IIa, IIb, III, IV Čakanie: I, II, III, IV Lekár: <input type="checkbox"/>		Terapie: I, IIa, IIb, III, IV Čakanie: I, II, III, IV Lekár: <input type="checkbox"/>		
DOPRAVCA <input type="checkbox"/>		Údržok pre dopravcu <input type="checkbox"/>		
Kód pacienta: <input type="text"/>		Poznámky: <input type="text"/>		
H <input type="checkbox"/>		Odd. <input type="checkbox"/>		
ZZZ <input type="checkbox"/>		Údržok pre ZZZ <input type="checkbox"/>		
Kód pacienta: <input type="text"/>		Poznámky: <input type="text"/>		
D <input type="checkbox"/>		Odd. <input type="checkbox"/>		

