

„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				Hlásenie	Koniec transportu
		Prichod	Voľný	Výjazd	Odvodzenie
		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			
A		DF min			
Priechodné <input type="checkbox"/> Aspirácia <input type="checkbox"/> Obštrukcia <input type="checkbox"/>		O ₂ SAT %			
Výkony:		EtCO ₂ mm Hg			
B		Glykémia mmol/l			
Eupnoe <input type="checkbox"/> Apnoe <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/>		TT °C			
Auskultačný nález:		DCS			
Výkony:		Bolesť			
C		EKG			
Centr. pulz: <input type="checkbox"/> Pravidelný <input type="checkbox"/> Nepravidelný <input type="checkbox"/> Plný <input type="checkbox"/> Nitkovitý <input type="checkbox"/> SINE		Trauma:			
Perif. pulz: <input type="checkbox"/> Pravidelný <input type="checkbox"/> Nepravidelný <input type="checkbox"/> Plný <input type="checkbox"/> Nitkovitý <input type="checkbox"/> SINE		Odvodzený / kde:			
Farba pokožky: <input type="checkbox"/> Ružová <input type="checkbox"/> Bledá <input type="checkbox"/> Cyanotická <input type="checkbox"/> Rasovo pigmentovaná		Ošetrovaný na mieste, poučený <input type="checkbox"/>			
Kapilárny návrat: <input type="checkbox"/> Pod 2 sekundy <input type="checkbox"/> Nad 2 sekundy		Odmietol: <input type="checkbox"/> ošetrovanie <input type="checkbox"/> transport			
Auskult. nález:		Transportná poloha:			
D		Čas vzniku príznakov:			
Veľkosť zrenič: P: _____ L: _____ Fotoreakcia <input type="checkbox"/> P/ <input type="checkbox"/> L Deviácia <input type="checkbox"/> P/ <input type="checkbox"/> L		Stav pacienta:			
<input type="checkbox"/> Plávajúce bubly <input type="checkbox"/> Okulocefalický reflex <input type="checkbox"/> Korneálny reflex		Zlepšený <input type="checkbox"/> Nezmienený <input type="checkbox"/> Zhoršený <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Vertigo <input type="checkbox"/> Krčová aktivita <input type="checkbox"/> Odchod moču <input type="checkbox"/> Odchod stolice <input type="checkbox"/> Mening. príznaky		Exh. letalis <input type="checkbox"/> Čas:			
Neurologický nález: (FAST/MEND)		Poznámka:			
Ostatné výkony:					
KPR: <input type="checkbox"/> kompresie hrudníka od: _____ do: _____ Vstupný rytmus:					
Defibrilácia čas:					
Terapia:		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	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"/>	Lieky <input type="checkbox"/>	Odd. <input type="checkbox"/> Transp. prostriedok <input type="checkbox"/>
	Dg.: <input type="text"/>	Dg.: <input type="text"/>	Dg.: <input type="text"/>	
Terapie: I, IIa, IIb, III, IV Čakanie: I, II, III, IV Lekár: <input type="checkbox"/>		Odd. <input type="checkbox"/> Transp. prostriedok <input type="checkbox"/>		
Terapie: I, IIa, IIb, III, IV Čakanie: I, II, III, IV Lekár: <input type="checkbox"/>		Odd. <input type="checkbox"/> Transp. prostriedok <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"/>		
ZZS <input type="checkbox"/>		Údržok pre ZZS <input type="checkbox"/>		
Kód pacienta: <input type="text"/>		Poznámky: <input type="text"/>		
D <input type="checkbox"/>		Odd. <input type="checkbox"/>		

