

Zdravotnícke zariadenie				<b>ZÁZNAM O OŠETRENÍ PACIENTA</b>				Dátum		Príchod	
								Hlásenie		Odozvdanie	
								Výjazd		Ukončenie	

Výjazd č.	RLS <input type="checkbox"/>	RZS <input type="checkbox"/>	LSPP <input type="checkbox"/>	LZZS <input type="checkbox"/>	<b>MIESTO:</b>				<b>POISŤOVŇA:</b>				
<b>MENO:</b>					<b>BYDLISKO:</b>								
<b>DÔVOD:</b>					Dg. _____				<b>R. č.</b> _____ / _____		č. op. (pasu)		

**Anamnéza (OA, LA, AA, TO):**

---



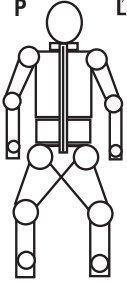







---



---



---

<b>Nález:</b>		<b>P Očné reflexy L</b>		<b>Dýchacie cesty</b>		<b>Dýchanie</b>		<b>Ausk. nález</b>		<b>Cirkulácia</b>		<b>Ausk. nález</b>		<b>Koža</b>	
<b>Otváranie očí</b>		<input type="checkbox"/> Fotoreakcia <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Priechodné <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Eupnoe <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nevyšetrené <input type="checkbox"/>		<b>Pulz cent. perif.</b>		<input type="checkbox"/> Akcia srdca		<input type="checkbox"/> Ružová <input type="checkbox"/>	
Spontánne 4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Deviácia <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Aspirácia <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Apnoe <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Fyziol. P <input type="checkbox"/> L		<input type="checkbox"/> Pravid. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Pravid. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Bledá <input type="checkbox"/>	
Na výzvu 3 <input type="checkbox"/>		Zrenice (mm) _____		<input type="checkbox"/> Obštrukcia <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> P		<input type="checkbox"/> Nepravid. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nepravid. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cyanotická <input type="checkbox"/>	
Na bolesť 2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Korneálny r. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L		<input type="checkbox"/> Plný <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ozvy ohr. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Kapil. < 2 s <input type="checkbox"/>	
Žiadne 1 <input type="checkbox"/>		Pláv. bulby <input type="checkbox"/>		<b>Neurol. nález</b>		<b>P</b>		<b>L</b>		<input type="checkbox"/> Nitkovitý <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> šel. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> návrat > 2 s <input type="checkbox"/>	
<b>Verb. kontakt</b>		Okulocef. r. <input type="checkbox"/>		V norme <input type="checkbox"/>				<b>INÉ</b>		<input type="checkbox"/> Sine <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Asystólia <input type="checkbox"/>			
Orientovaný 5 <input type="checkbox"/>		<b>Bolesť</b>		Kľče <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Povrchová rana 		<input type="checkbox"/> Tepenné krvácanie 		<b>Čas</b>					
Dezorientovaný 4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sine <input type="checkbox"/>		Paréza <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tepenné krvácanie 		<input type="checkbox"/> Otvorená zlomenina 		Syst. TK Torr					
Neadekvátny 3 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Znesiteľná <input type="checkbox"/>		Plégia <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Zlomenina 		<input type="checkbox"/> Amputácia 		Diast. TK Torr					
Nezrozumiteľný 2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Neprijemná <input type="checkbox"/>		Mening. príz. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Popálenina st. 		<input type="checkbox"/> Iné <input type="checkbox"/>		SF (HR) min <sup>-1</sup>					
Žiadny 1 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tangujúca <input type="checkbox"/>		Odch. stolice <input type="checkbox"/>						DF (RR) min <sup>-1</sup>					
<b>Motorika</b>		<b>Brucho</b>		Odch. moču <input type="checkbox"/>						DO (TV) ml					
Na výzvu 6 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Bolestivosť <input type="checkbox"/>		Iné <input type="checkbox"/>						O <sub>2</sub> saturácia %					
Na bolesť 5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Rezigencia <input type="checkbox"/>								Glyk. mmol/l					
Necielená 4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Défanse <input type="checkbox"/>								TT °C					
Flexia 3 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Iné <input type="checkbox"/>								GCS					
Extenzia 2 <input type="checkbox"/>										TS					
Žiadna 1 <input type="checkbox"/>															


<b>Výkony:</b>			<b>Sine</b> <input type="checkbox"/>			<b>Ostatné výkony</b>			<b>Sine</b> <input type="checkbox"/>			<b>UPV</b>		
<b>Dých. cesty</b>			<b>Dýchanie</b>			<b>Cirkulácia</b>			<input type="checkbox"/> Krytie <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Schantz. golier <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sine <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Sine <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Sine <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Obväz <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Výplach žal. <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Manéver <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Inhal. O <sub>2</sub> _____ l/min			<input type="checkbox"/> Perif. katéter <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Tlak obväz <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Žal. sonda <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Odsatie <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Škrtidlo <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Katéter moč. <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Orotubus <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> PEEP _____ cmH <sub>2</sub> O			<input type="checkbox"/> Pretlak inf. <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Repozícia <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ved. pôrodu <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> OTI <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Drenáž P <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Inf. pumpa <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Dlahá <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Vák. matrac <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
												<input type="checkbox"/> Masáž <input type="checkbox"/>		
												<input type="checkbox"/> Defibrilácia <input type="checkbox"/>		
												<input type="checkbox"/> Pace-maker <input type="checkbox"/>		
												<input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/>		

<b>Terapia:</b>		<b>Čas</b>		<b>Diagnóza:</b> Dg1: _____ Dg2: _____	

**Poznámka:**

Trvanie výjazdu \_\_\_\_\_ min.  
 km, let. čas \_\_\_\_\_ NACA: \_\_\_\_\_  
 Výkony:

**EKG:**

**Poloha:**  stabilizovaná

**Posádka:** \_\_\_\_\_

**Podpis:**

**Odovzd. kde:**

**Prevzal:** \_\_\_\_\_ **Podpis:** \_\_\_\_\_

Zásah prim.  sekund.  neúsp.

Indikovaný  neindik.  zneužitie

Stav zlepšený  nezmen.  zhoršený

Pacient ošetrený doma, poučený

odmietol ošetrovanie  odmietol prevoz

**Spolupráca s:**