

# KARTA UDZIELONEJ KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY

Pieczątka podmiotu systemu ratowniczego

Zakreślać krzyżykiem, pomyłki otoczyć kółkiem

Wezwanie	Godzina	Minuty	Nr wyjazdu:	Kryptonim zespołu (zastępu)	
Data:				Nazwisko i imię ratownika	

<b>INFORMACJA O POSZKODOWANYM <sup>1)</sup></b>			<b>KTO DYSPONOWAŁ - ALARMOWAŁ</b>		
Płeć: M / K	Wiek:	Uwagi:	<b>STANOWISKO KIEROWANIA/PODMIOT RATOWNICZY:</b>		
Nazwisko:			.....		
Imię (imiona):			.....		
Telefon kontaktowy:			<b>CZAS</b>	<b>Godzina:</b>	<b>Minuty:</b>
Adres:		Przybycia			
<b>NIE WYRAŻAM ZGODY NA UDZIELENIE POMOCY <sup>2)</sup></b>			Udzielenia pomocy		
Podpis poszkodowanego lub opiekuna prawnego poszkodowanego:			Przekazania		
Podpisy świadków:			<b>PRZEKAZANO:</b>		
Podpisy świadków:					

<b>RODZAJ OBRAŹEŃ / OBJAWÓW <sup>3)</sup></b>	<b>POSTĘPOWANIE <sup>3)</sup></b>
przytomny / pod wpływem zdarzenia	<input type="checkbox"/> wspomaganie psychiczne <input type="checkbox"/>
nieprzytomny	<input type="checkbox"/> pozycja: bezpieczna <input type="checkbox"/> zastana <input type="checkbox"/> na wznak <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>
niedrożność dróg oddechowych	<input type="checkbox"/> udrożnienie: bezprzyrządowe <input type="checkbox"/> ssanie <input type="checkbox"/> rurka ustno-gardłowa <input type="checkbox"/> rurka kraniowa <input type="checkbox"/>
bezdech	<input type="checkbox"/> oddech sztuczny: powietrze <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>
zatrzymanie krążenia	<input type="checkbox"/> masaż zewnętrzny serca <input type="checkbox"/> efekt: <input type="checkbox"/> defibrilacja <input type="checkbox"/> efekt: <input type="checkbox"/>
podtopienie	<input type="checkbox"/> stabilizacja głowy <input type="checkbox"/> termoizolacja <input type="checkbox"/> 100% tlen <input type="checkbox"/>
obrażenia głowy	<input type="checkbox"/> stabilizacja <input type="checkbox"/> opatrunek osłaniający <input type="checkbox"/> 100% tlen <input type="checkbox"/>
obrażenia kręgosłupa / podejrzenie obrażeń	<input type="checkbox"/> stabilizacja głowy <input type="checkbox"/> nosze deska <input type="checkbox"/>
amputacja	<input type="checkbox"/> opatrunek kikuta <input type="checkbox"/> zabezpieczenie amputowanych tkanek <input type="checkbox"/>
zmiążdżenie	<input type="checkbox"/> unieruchomienie <input type="checkbox"/> termoizolacja <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>
rany, krwawienia	<input type="checkbox"/> opatrunek: osłaniający <input type="checkbox"/> uciskowy <input type="checkbox"/> unieruchomienie <input type="checkbox"/>
złamania i podejrzenia złamań	<input type="checkbox"/> stabilizacja <input type="checkbox"/> unieruchomienie: poz. zastana <input type="checkbox"/> poz. fizjologiczna <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>
zwichnięcia	<input type="checkbox"/> stabilizacja <input type="checkbox"/> unieruchomienie w pozycji zastanej <input type="checkbox"/>
oparzenia	<input type="checkbox"/> schładzanie: woda <input type="checkbox"/> opatrunek hydrożelowy <input type="checkbox"/> opatrunek jałowy <input type="checkbox"/>
zatrucie wziewne	<input type="checkbox"/> ewakuacja <input type="checkbox"/> izolacja dróg oddechowych <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>
duszność	<input type="checkbox"/> pozycja siedząca <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>
wychłodzenie	<input type="checkbox"/> osuszanie ciała <input type="checkbox"/> termoizolacja <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>
wstrząs / zagrożenie wstrząsem	<input type="checkbox"/> ułożenie p/wstrzasowe <input type="checkbox"/> termoizolacja <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>
nudności / wymioty	<input type="checkbox"/> obserwacja <input type="checkbox"/> usunięcie ciał obcych <input type="checkbox"/> odsysanie <input type="checkbox"/>
skażenie	<input type="checkbox"/> ewakuacja <input type="checkbox"/> dekontaminacja <input type="checkbox"/> 100%tlen <input type="checkbox"/>
inne obrażenia:	postępowanie:

<b>DIAGRAM OBRAŹEŃ <sup>4)</sup></b>																					
<p>Zaznaczyć na diagramie okolice ciała odpowiednim symbolem</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Krwotok</td><td>K</td></tr> <tr><td>Amputacja</td><td>A</td></tr> <tr><td>Zmiążdżenie</td><td>ZM</td></tr> <tr><td>Rana</td><td>R</td></tr> <tr><td>Złamanie (skręcenie)</td><td>ZŁ (S)</td></tr> <tr><td>Złamanie otwarte</td><td>ZO</td></tr> <tr><td>Zwichnięcie</td><td>ZW</td></tr> <tr><td>Stłuczenie</td><td>ST</td></tr> <tr><td>Ciało obce</td><td>CO</td></tr> <tr><td>Oparzenie - Stopień I, II, III</td><td>OP</td></tr> </table> <p>EWAKUACJA <input type="checkbox"/> NA POLECENIE ZRM <sup>5)</sup></p> <p>NOSZE DESKA <input type="checkbox"/> WYDOBYCIE <input type="checkbox"/></p> <p>NOSZE <input type="checkbox"/> TRANSPORT <input type="checkbox"/></p> <p>PŁACHTA <input type="checkbox"/> KRZESEŁKO <input type="checkbox"/></p> <p>INNY SPOSÓB <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	Krwotok	K	Amputacja	A	Zmiążdżenie	ZM	Rana	R	Złamanie (skręcenie)	ZŁ (S)	Złamanie otwarte	ZO	Zwichnięcie	ZW	Stłuczenie	ST	Ciało obce	CO	Oparzenie - Stopień I, II, III	OP	
Krwotok	K																				
Amputacja	A																				
Zmiążdżenie	ZM																				
Rana	R																				
Złamanie (skręcenie)	ZŁ (S)																				
Złamanie otwarte	ZO																				
Zwichnięcie	ZW																				
Stłuczenie	ST																				
Ciało obce	CO																				
Oparzenie - Stopień I, II, III	OP																				

<b>L.P.</b>	<b>RODZAJ ZUŻYTYCH MATERIAŁÓW I SPRZĘTU</b>	<b>ILOŚĆ</b>	<b>L.P.</b>	<b>RODZAJ ZUŻYTYCH MATERIAŁÓW I SPRZĘTU</b>	<b>ILOŚĆ</b>
Nr ewidencyjny zdarzenia <sup>6) 7)</sup>					
<input style="width: 100px;" type="text"/> - <input style="width: 100px;" type="text"/>					
Podpis ratownika					

Dane zamieszczone w niniejszym druku podlegają ochronie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych

(Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2004 r. Nr 25, poz. 219 i Nr 33, poz. 285 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711)

### Objaśnienia do karty udzielonej kwalifikowanej pierwszej pomocy:

- 1) w przypadku niedostępności danych osobowych wpisać NN (nazwisko nieznane) oraz BD - brak danych;
- 2) dotyczy tylko przypadku jednoznacznej deklaracji osoby poszkodowanej lub jej opiekuna prawnego o braku zgody na udzielenie kwalifikowanej pierwszej pomocy; zasadnym jest aby sprawdzić i wpisać dane osobowe świadków, w tym nr PESEL lub dowodu osobistego (świadkiem może być także inny ratownik podmiotu ksrq);
- 3) rodzaj obrażeń/objawów oraz postępowanie zaznaczyć w odpowiednich kratkach znakiem „X”; w razie pomyłki otoczyć błędny znak kółkiem;
- 4) diagram obrażeń - zaznaczyć poszczególne obrażenia owalną krzywą w odpowiednich miejscach diagramu, a kod literowy obrażenia połączyć linią z zaznaczoną krzywą. W razie stwierdzenia w danej okolicy ciała większej ilości obrażeń opisać je kodami literowymi i połączyć wszystkie z krzywymi na diagramie. Powierzchnie oparzone otoczyć krzywą, z ewentualnym podaniem stopnia oparzenia (jeżeli jest możliwy do oceny); w przypadku stwierdzenia innych obrażeń i objawów, należy je dopisać w wierszu „inne obrażenia” w tabeli „RODZAJ OBRAŻEŃ”, np.: podejrzenie odmrożenia, drętwienie (podać, która część ciała); ewakuacja poszkodowanego - dotyczy każdego przemieszczenia osoby poszkodowanej, w tym poza strefę zagrożenia; zastosowane litery: „L” i „P” oznaczają lewą i prawą część ciała;
- 5) dotyczy przypadków, w których przemieszczenie poszkodowanego odbywa się na mocy decyzji kierownika zespołu ratownictwa medycznego lub lekarza;
- 6) numer ewidencyjny zdarzenia może być wpisany po zakończeniu działań ratowniczych;
- 7) karty udzielanej kwalifikowanej pierwszej pomocy są samokopiujące, a pełen zestaw kart zawiera:
  - a) kartę w kolorze białym przekazywaną zespołowi ratownictwa medycznego albo personelowi szpitala,
  - b) kartę w kolorze żółtym przekazywaną koordynatorowi ratownictwa medycznego podmiotu ksrq w celach szkoleniowych oraz do ewidencji zużytych materiałów i sprzętu,
  - c) kartę w kolorze czerwonym ewidencjonowaną w dokumentach podmiotu ksrq uczestniczącego w udzielaniu kwalifikowanej pierwszej pomocy.

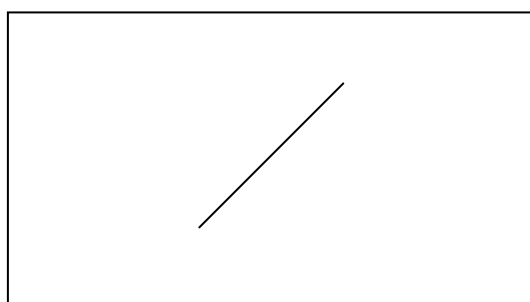
Podmiot ksrg  
(pieczęćka)

**KARTA DEKONTAMINACYJNA  
OSOBY POSZKODOWANEJ**

Nazwisko:  Płeć<sup>1)</sup>: K  M

Imię:  Wiek:

Numer<sup>2)</sup>:



Woda + dodatek:   %

Dekontaminację  
wykonano<sup>1)</sup>:

Data:   .   .   Godzina:   :

.....  
Podpis ratownika

<sup>1)</sup> wskazanie płci oraz wykonanie dekontaminacji zaznaczyć znakiem „X”;

<sup>2)</sup> wpisując numer osoby poszkodowanej należy wpisać również numer ciągu dekontaminacyjnego, np.: 3 / III.

....., dnia .....

(podmiot kserg)

(stopień, nazwisko i imię  
składającego meldunek)

(stanowisko służbowe)

## MELDUNEK O WYPADKU LEKKIM

Melduję, że w dniu ..... o godz. .... podczas .....

wypadkowi uległ ratownik ..... lat .....

(stopień, nazwisko, imię)

(nazwa podmiotu systemu ratowniczego – zajmowane stanowisko)

W wyniku wypadku poszkodowany doznał .....

(określenie obrażeń)

wskutek .....

kwalfikowanej pierwszej pomocy udzielił poszkodowanemu .....

Obecnie poszkodowany znajduje się w .....

(miejsce pobytu, adres zakładu służby zdrowia)

Wypadek został zgłoszony w dniu ..... przez .....

Do wojewódzkiego stanowiska koordynacji ratownictwa przekazano dnia .....

o godz. ....

Świadcami wypadku byli:

1) .....

2) .....

3) .....

(podpis składającego meldunek)

(stopień, nazwisko)

Załączniki:

.....

.....



W opisie skutków wypadku podać: zabity, ranny, imię i nazwisko, stopień, funkcja, data urodzenia (wiek), stan cywilny, osoby na utrzymaniu (wiek, nazwiska, imiona, adresy), rodzaj obrażeń, kto i jakiej medycznej pomocy udzielił, gdzie przebywa poszkodowany

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Czy i kto podjął dochodzenie powypadkowe

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Informacje dodatkowe

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Meldunek sporządził

.....  
.....  
(stopień, imię i nazwisko, data i godzina)

8. Meldunek przyjął

.....  
(stopień, imię i nazwisko, data i godzina)

przekazał

.....  
(komu)

....., dnia .....

(podmiot ksrg)

**MELDUNEK  
O WYPADKU / KOLIZJI / POJAZDU**

Data ..... o godz. .... w .....  
(miejsce wypadku)

Warunki atmosferyczne .....

marka i typ pojazdu ..... Nr rejestracyjny: .....

Pojazd prowadził (-a)

.....  
posiadający prawo jazdy kat. .... nr .....

Zezwolenie na prowadzenie pojazdów nr .....

Pojazd jest eksploatowany przez

.....  
(podać nazwę i siedzibę podmiotu systemu ratowniczego)

Ilość osób przewożonych w pojeździe .....

Czy pojazd w chwili wypadku był uprzywilejowany w ruchu .....

Z pojazdu korzystał .....  
(imię i nazwisko, stopień i funkcja dysponenta)

Okoliczności wypadku .....

Przypuszczalna przyczyna wypadku: alkohol, narkotyki, leki; wymuszenie pierwszeństwa przejazdu; przekroczenie obowiązującej szybkości; nieostrożność i lekceważenie niebezpieczeństwa w czasie jazdy; nieprzestrzeganie innych przepisów; przemęczenie kierowcy; wady techniczne pojazdu; wina innego kierowcy; przyczyna niezależna od kierowcy; inna (niepotrzebne skreślić).

Osoby poszkodowane

1. Ratownicy - zabitych ..... rannych .....

2. Osoby postronne - zabitych ..... rannych .....

Uszkodzenia pojazdu

.....

..... Wysokość strat w tys. zł .....

Szkic wypadku oraz kopia dokumentacji Policji w załączeniu.

Meldunek sporządził .....

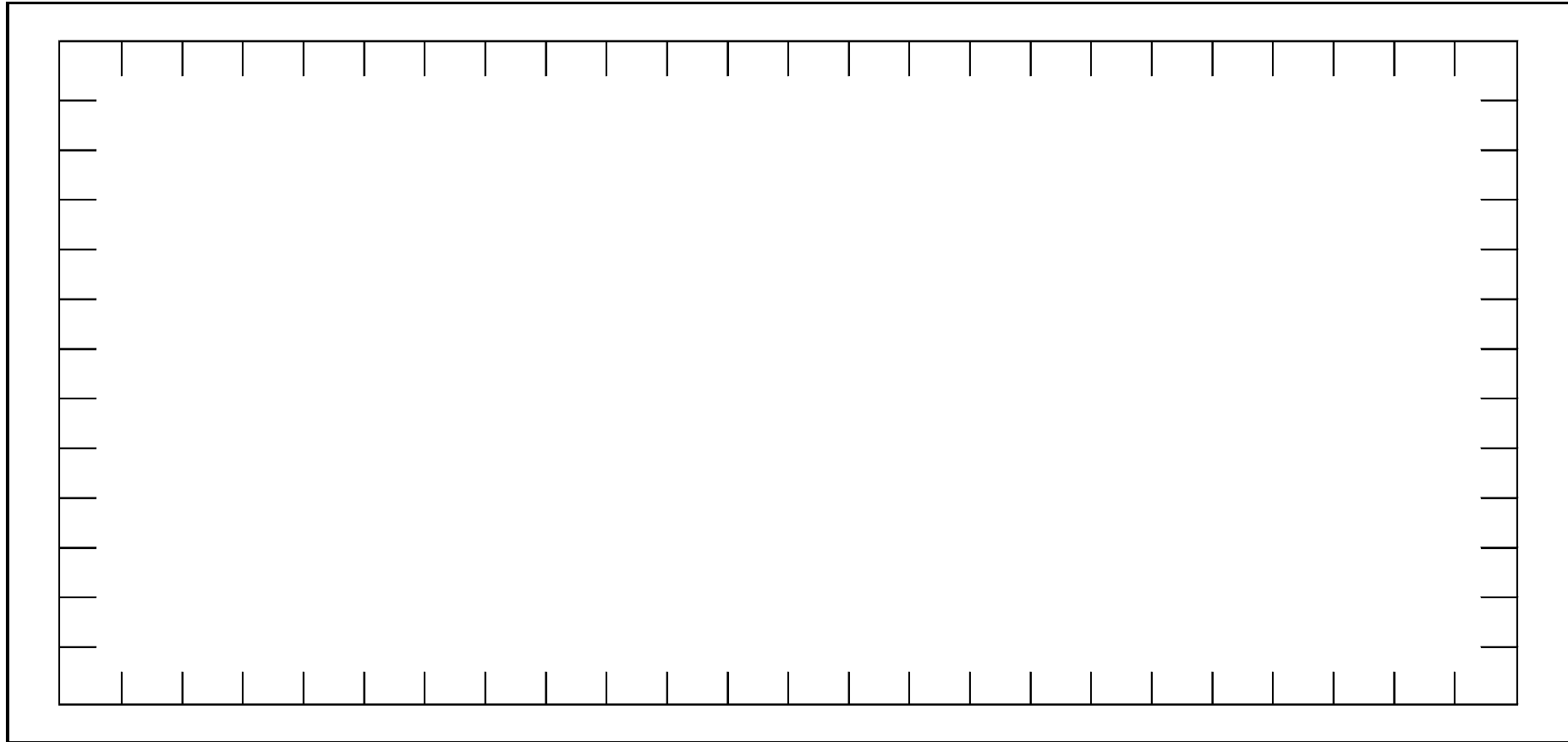
Skala 1:200

1 cm na szkicu = 2 m

## Szkic wypadku

Sporządził .....

(nazwisko i imię)



- |  |                                  |                            |                 |
|--|----------------------------------|----------------------------|-----------------|
| 1. Kierunek jazdy pojazdu nr.....      | 7. Znaki pierwszeństwa przejazdu | 13. Słupy                  | 19. Szlak wodny |
| 2. Ślady hamowania pojazdu nr.....     | 8. Położenie osób poszkodowanych | 14. Kamienie przydrożne    | 20. ....        |
| 3. Kierunek jazdy pojazdu nr.....      | 9. Ślady krwi poszkodowanych     | 15. Rzeka, kanał (jezioro) | 21. ....        |
| 4. Ślady hamowania pojazdu nr.....     | 10. Miejsce zderzenia            | 16. Budynek                | 22. ....        |
| 5. Położenie pojazdu nr.....po wypadku | 11. Most                         | 17. Akwen                  | 23. ....        |
| 6. Położenie pojazdu nr.....po wypadku | 12. Drzewa na jezdni             | 18. Szlak kolejowy         | 24. ....        |



								-				
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

nr ewidencyjny zdarzenia\*

.....  
(podmiot ksrg)

### POTWIERDZENIE

udziału w działaniu ratowniczym w dniu ..... w godzinach\*\* .....

.....  
(adres miejsca zdarzenia)

Lp.	Podmiot	Osoby uczestniczące	Czas udziału w działaniach ratowniczych**	Uwagi

Liczba pojazdów ratowniczych

liczba ratowników

.....  
(Kierujący działaniem ratowniczym)

\* wpisać numer ewidencyjny zdarzenia z ewidencji zdarzeń

\*\* czas interwencji (dla społecznych organizacji ratowniczych można uwzględnić również czas podwyższonej gotowości operacyjnej)

.....  
(podmiot ksrg)

**POTWIERDZENIE  
PRZEKAZANIA TERENU, OBIEKTU LUB MIENIA  
OBJĘTEGO DZIAŁANIEM RATOWNICZYM**

Dotyczy zdarzenia w .....  
(miejsowość, adres)

.....  
w dniu ..... o godzinie .....,  
zgodnie z § 21 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie szczegółowych zasad organizacji krajowego systemu ratowniczo -  
- gaśniczego (Dz. U. Nr 46, poz. 239) przekazuję (właścicielowi, zarządcy, użytkownikowi,  
przedstawicielowi samorządu terytorialnego, Policji, straży gminnej/miejskiej)\*

.....  
(imię i nazwisko)  
do nadzorowania i zabezpieczenia następującego terenu, obiektu, mienia\*:

.....  
objęte działaniami ratowniczymi, do chwili zakończenia dochodzenia prowadzonego przez  
Policję i Państwową Straż Pożarną.

Uwagi szczególne dotyczące zabezpieczenia terenu, obiektu, mienia\* objętego działaniem  
ratowniczym:

.....  
.....  
.....  
.....

**Przekazujący**  
(stopień służbowy, imię i nazwisko)

**Przejmujący**  
(imię i nazwisko, adres służbowy lub zamieszkania)

.....  
.....

(podpis)

(podpis)

Miejscowość....., dnia .....

\* niepotrzebne skreślić