

KARTA UDZIELONEJ KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY

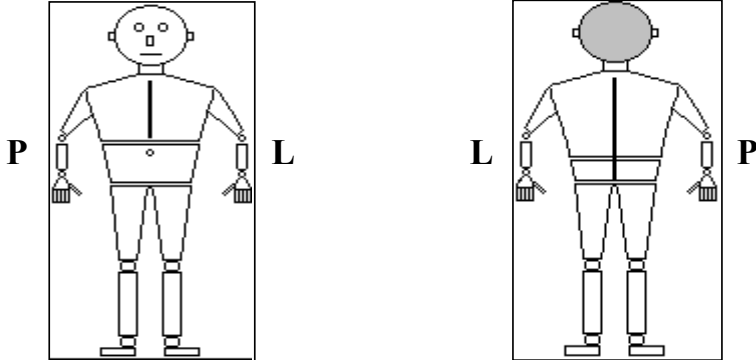
Pieczątka podmiotu systemu ratowniczego

Zakreślać krzyżykiem, pomyłki otoczyć kółkiem

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

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

RODZAJ OBRAŹEŃ / OBJAWÓW ³⁾	POSTĘPOWANIE ³⁾
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 krtoniowa <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/wstrząsowe <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:

DIAGRAM OBRAŹEŃ ⁴⁾																					
<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 ⁵⁾</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																				

L.P.	RODZAJ ZUŻYTYCH MATERIAŁÓW I SPRZĘTU	ILOŚĆ	L.P.	RODZAJ ZUŻYTYCH MATERIAŁÓW I SPRZĘTU	ILOŚĆ
				Nr ewidencyjny zdarzenia ^{6) 7)}	
				<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.

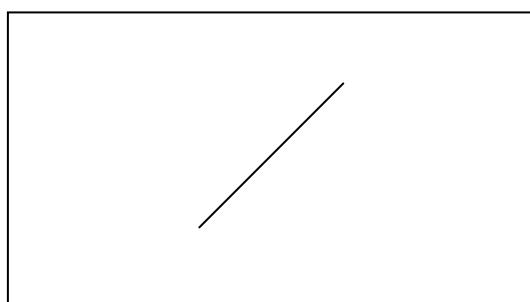
Podmiot ksrg
(pieczęćka)

**KARTA DEKONTAMINACYJNA
OSOBY POSZKODOWANEJ**

Nazwisko: Płeć¹⁾: K M

Imię: Wiek:

Numer²⁾:



Woda + dodatek: %

Dekontaminację
wykonano¹⁾:

Data: . . Godzina: :

.....
Podpis ratownika

¹⁾ wskazanie płci oraz wykonanie dekontaminacji zaznaczyć znakiem „X”;

²⁾ 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

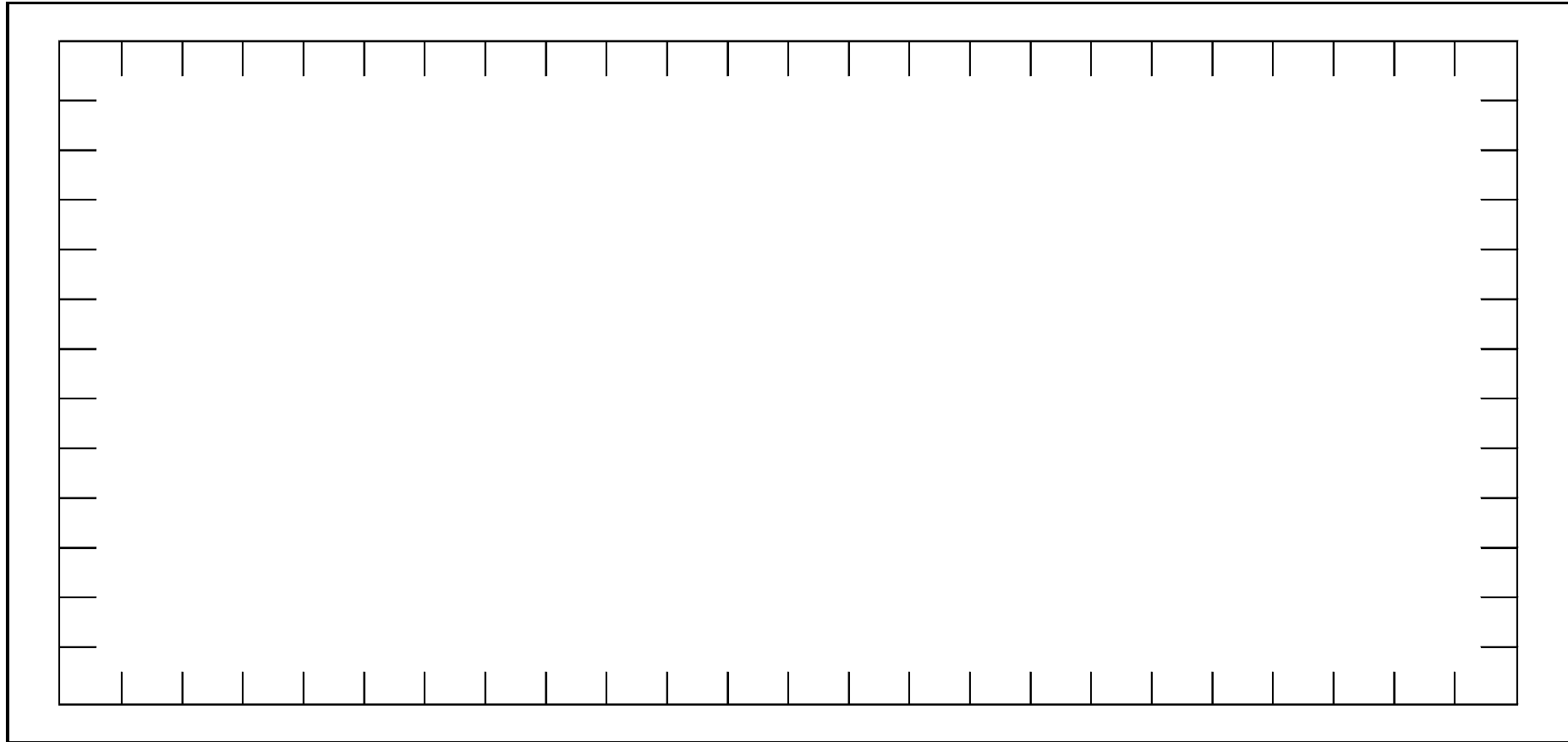
Skala 1:200

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