

KARTA UDZIELONEJ KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY

Pieczętka podmiotu systemu ratowniczego

Zakreślać krzyżykiem, pomylić otoczyć kółkiem

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

INFORMACJA O POSZKODOWANYM ¹⁾			KTO DYSPONOWAŁ/ALARMOWAŁ		
Płeć: M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Wiek:	Uwagi:	STANOWISKO KIEROWANIA / PODMIOT RATOWNICZY:		
Nazwisko:					
Imię (imiona):					
Telefon kontaktowy:					
Adres:			CZAS	Godzina:	Minuty:
NIE WYRAŻAM ZGODY NA UDZIELENIE POMOCY ²⁾			Przybycia		
			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
niedrożność dróg oddechowych	<input type="checkbox"/> udrożnienie: bezprzyrządowe <input type="checkbox"/> ssanie <input type="checkbox"/> rurka ustno-gardłowa <input type="checkbox"/> przyrządy nadgłośniowe <input type="checkbox"/>
bezdech	<input type="checkbox"/> oddech sztuczny: powietrze <input type="checkbox"/> 100%tlen
zatrzymanie krążenia	<input type="checkbox"/> uciśnięcia klatki piersiowej <input type="checkbox"/> efekt: <input type="checkbox"/> defibrylacja <input type="checkbox"/> efekt: <input type="checkbox"/>
podtopienie	<input type="checkbox"/> stabilizacja głowy <input type="checkbox"/> termoizolacja <input type="checkbox"/> 100% tlen
obrażenia głowy	<input type="checkbox"/> stabilizacja <input type="checkbox"/> opatrunek osłaniający <input type="checkbox"/> 100% tlen
obrażenia kręgosłupa / podejrzenie obrażeń kręgosłupa	<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
rany, krwotoki	<input type="checkbox"/> opatrunek: osłaniający <input type="checkbox"/> uciskowy <input type="checkbox"/> opaska zaciskowa <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
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
duszność	<input type="checkbox"/> pozycja siedząca <input type="checkbox"/> 100%tlen
wychłodzenie	<input type="checkbox"/> osuszenie ciała <input type="checkbox"/> termoizolacja <input type="checkbox"/> 100%tlen
wstrząs / zagrożenie wstrząsem	<input type="checkbox"/> ułożenie przeciwwstrząsowe <input type="checkbox"/> termoizolacja <input type="checkbox"/> 100%tlen
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
inne obrażenia:	postępowanie:

DIAGRAM OBRAŹEŃ ⁴⁾																					
Zaznaczyć na diagramie okolicę ciała odpowiednim symbolem																					
<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>ZL (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>	Krwotok	K	Amputacja	A	Zmiążdżenie	ZM	Rana	R	Złamanie (skręcenie)	ZL (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)	ZL (S)																				
Złamanie otwarte	ZO																				
Zwichnięcie	ZW																				
Stłuczenie	ST																				
Ciało obce	CO																				
Oparzenie - stopień I, II, III	OP																				
EWAKUACJA <input type="checkbox"/> NA POLECENIE ZRM ⁵⁾ <input type="checkbox"/> NOSZE DESKA <input type="checkbox"/> WYDOBYCIE <input type="checkbox"/> NOSZE <input type="checkbox"/> TRANSPORT <input type="checkbox"/> PŁACHTA <input type="checkbox"/> KRZESEŁKO <input type="checkbox"/> INNY SPOSÓB <input type="checkbox"/>																					

LP.	RODZAJ ZUŻYTYCH MATERIAŁÓW I SPRZĘTU	ILOŚĆ	LP.	RODZAJ ZUŻYTYCH MATERIAŁÓW I SPRZĘTU	ILOŚĆ
				Nr ewidencyjny zdarzenia ^{6) 7)}	
				<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	
				Podpis ratownika	