

## KARTA UDZIELONEJ KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY

*Pieczętka podmiotu systemu ratowniczego*

*Zabierać krzyżkiem, pomylki otoczyć kółkiem*

Wezwanie	Godzina	Minuty	Nr wyjazdu:	Kryptonim zespołu (zastępu)	EF 840-21
Data: 23.05.22R	12	03	-	Nazwisko i imię ratownika	MK. OGN. JAN PLUTA

<b>INFORMACJA O POSZKODOWANYM<sup>1)</sup></b>			<b>KTO DYSPONOWAŁ - ALARMOWAŁ</b>		
Płeć: <input checked="" type="checkbox"/> / K	Wiek: 40	Uwagi: DANE OSOBOBE OD ZONY POSZKODOWANEGO	STANOWISKO KIEROWANIA/PODMIOT RATOWNICZY: KOHENDY POLIATOWEJ PSP W SIERADZU		
Nazwisko: KOWALSKI			CZAS	Godzina:	Minuty:
Imię (imiona): JAN			Przybycia	12	11
Telefon kontaktowy: BD			Udzielenia pomocy	12	18
Adres: SIERADZ, UL. MARATOŃSKA 20			Przekazania	12	24
<b>NIE WYRAŻAM ZGODY NA UDZIELENIE POMOCY<sup>2)</sup></b>			<b>PRZEKAZANO:</b>		
Podpis poszkodowanego lub opiekuna prawnego poszkodowanego: -			ZRM - E01 78		
Podpisy świadków: -					
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 checked="" type="checkbox"/> pozycja: bezpieczna <input type="checkbox"/> zastana <input type="checkbox"/> na wznak <input checked="" type="checkbox"/> 100%tlen <input checked="" type="checkbox"/>
niedrożność dróg oddechowych	<input checked="" type="checkbox"/> udrożnienie: bezprzyrządowe <input checked="" type="checkbox"/> ssanie <input type="checkbox"/> rurka ustno-gardłowa <input type="checkbox"/> przyrządy nadgłośniaowe <input type="checkbox"/>
bezdech	<input checked="" type="checkbox"/> oddech sztuczny: powietrze <input type="checkbox"/> 100%tlen <input checked="" type="checkbox"/>
zatrzymanie krążenia	<input checked="" type="checkbox"/> masaż zewnętrzny serca <input checked="" type="checkbox"/> efekt: <input checked="" type="checkbox"/> defibrylacja <input checked="" type="checkbox"/> efekt: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ewakuacja <input checked="" type="checkbox"/> izolacja dróg oddechowych <input type="checkbox"/> 100%tlen <input checked="" 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/wstrząsem <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"/>
skazanie	<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 okolicę 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>ZL (S)</td></tr> <tr><td>Złamanie otwarte</td><td>ZO</td></tr> <tr><td>Zwichnięcie</td><td>ZW</td></tr> <tr><td>Siluczenie</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 checked="" type="checkbox"/> NA POLECENIE ZRM<sup>5)</sup>:          NOSZE DESKA <input type="checkbox"/> WYDOBYCIE <input type="checkbox"/>          NOSZE <input type="checkbox"/> TRANSPORT <input type="checkbox"/>          PŁACHTA <input type="checkbox"/> KRZESELKO <input type="checkbox"/>          INNY SPOSÓB <input checked="" type="checkbox"/> CHWYT STRAŻACKI</p>	Krwotok	K	Amputacja	A	Zmiążdżenie	ZM	Rana	R	Złamanie (skręcenie)	ZL (S)	Złamanie otwarte	ZO	Zwichnięcie	ZW	Siluczenie	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																				
Siluczenie	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																
1	REKAWIČKI LATEKOWE	6 SZT.																			
2	TLEN	200 L																			
3	ELEKTRODY SAMOPRZYLEDNE	1 KPL.																			
4	MASKA TWARDZIA DO „AMBU”	1 SZT.																			
5	FILTR DO „AMBU”	1 SZT.																			
			Nr ewidencyjny zdarzenia <sup>6)</sup> 0504001-0423																		
			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. 2191 Nr 33, poz. 285 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711)