

Zdravotnícke zariadenie		ZÁZNAM O OŠETRENÍ PACIENTA		Dátum	Príchod
				Hlásenie	Odovzdanie
				Výjazd	Ukončenie

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

Anamnéza (OA, LA, AA, TO):

Nález:	P Očné reflexy L	Dýchacie cesty	Dýchanie	Ausk. nález	Cirkulácia	Ausk. nález	Koža
Otváranie očí	<input type="checkbox"/> Fotoreakcia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prierodné <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eupnoe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nevyšetrené <input type="checkbox"/>	Pulz cent. perif.	Akcia srdca	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	Pravid. <input type="checkbox"/>	Pravid. <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"/> P <input type="checkbox"/> L	Nepravid. <input type="checkbox"/>	Nepravid. <input type="checkbox"/>	Cyanotická <input type="checkbox"/>
Na bolesť 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Korneálny r. <input type="checkbox"/>				Plný <input type="checkbox"/>	Ozvy ohr. <input type="checkbox"/>	Kapil. < 2 s <input type="checkbox"/>
Žiadne 1 <input type="checkbox"/>	Pláv. bulby <input type="checkbox"/>				Nitkovitý <input type="checkbox"/>	šel. <input type="checkbox"/>	návrat > 2 s <input type="checkbox"/>
	Okulocef. r. <input type="checkbox"/>				Sine <input type="checkbox"/>	Asystólia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verb. kontakt	Bolesť	Neurol. nález			Čas		
Orientovaný 5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sine <input type="checkbox"/>	V norme <input type="checkbox"/>			Syst. TK Torr		
Dezorientovaný 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Znesiteľná <input type="checkbox"/>	Kĺčce <input type="checkbox"/>	Diast. TK Torr				
Neadekvátny 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neprijemná <input type="checkbox"/>	Paréza <input type="checkbox"/>	SF (HR) min ⁻¹				
Nezrozumiteľný 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tangujúca <input type="checkbox"/>	Plégia <input type="checkbox"/>	DF (RR) min ⁻¹				
Žiadny 1 <input type="checkbox"/>		Mening. príz. <input type="checkbox"/>	DO (TV) ml				
Motorika	Brucho	Odch. stolice <input type="checkbox"/>	O ₂ saturácia %				
Na výzvu 6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bolestivosť <input type="checkbox"/>	Odch. moču <input type="checkbox"/>	Glyk. mmol/l				
Na bolesť 5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rezistencia <input type="checkbox"/>	Iné <input type="checkbox"/>	TT °C				
Necielená 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Défanse <input type="checkbox"/>		GCS				
Flexia 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Iné <input type="checkbox"/>	Spredu <input type="checkbox"/>	TS				
Extenzia 2 <input type="checkbox"/>		Zozadu <input type="checkbox"/>					
Žiadna 1 <input type="checkbox"/>							

Výkony:	Sine <input type="checkbox"/>	Ostatné výkony	Sine <input type="checkbox"/>	UPV
Dých. cesty	Dýchanie	Cirkulácia		Masáž <input type="checkbox"/>
Sine <input type="checkbox"/>	Sine <input type="checkbox"/>	Sine <input type="checkbox"/>		Defibrilácia <input type="checkbox"/>
Manéver <input type="checkbox"/>	Inhal. O ₂ _____ l/min	Perif. katéter <input type="checkbox"/>		Pace-maker <input type="checkbox"/>
Odsatie <input type="checkbox"/>	UPV <input type="checkbox"/>	CVK <input type="checkbox"/>		Transport T
Orotubus <input type="checkbox"/>	PEEP _____ cmH ₂ O	Pretlak. inf. <input type="checkbox"/>		
OTI <input type="checkbox"/>	Drenáž P <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Inf. pumpa <input type="checkbox"/>		

Terapia:	Čas	Diagnóza: Dg1: _____ Dg2: _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Poznámka:

Trvanie výjazdu _____ min.
km, let. čas _____ NACA: _____
Výkony:

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: