

Zdravotnícke zariadenie				ZÁZNAM O OŠETRENÍ PACIENTA				Dátum		Príchod	
								Hlásenie		Odovzdanie	
Výjazd č.				MIESTO:				Výjazd		Ukončenie	

RLS <input type="checkbox"/> RZS <input type="checkbox"/> LSPP <input type="checkbox"/> LZZS <input type="checkbox"/>				MENO:				BYDLISKO:				POIŠŤOVŇA:	
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"/>		Eupnoe <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"/>		Apnoe <input type="checkbox"/>		Fyziol. P <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>		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"/>		Dyspnoe <input type="checkbox"/>				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"/>			

Verb. kontakt		Bolesť		Neurol. nález				INÉ Povrchová rana <input type="checkbox"/> Tepenné krvácanie <input type="checkbox"/> Otvorená zlomenina <input type="checkbox"/> Zlomenina <input type="checkbox"/> Amputácia <input type="checkbox"/> Popálenina st. <input type="checkbox"/> Iné <input type="checkbox"/>	
Orientovaný 5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sine <input type="checkbox"/>		V norme <input type="checkbox"/>					
Dezorientovaný 4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Znesiteľná <input type="checkbox"/>		Kľče <input type="checkbox"/>					
Neadekvátny 3 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Neprijemná <input type="checkbox"/>		Paréza <input type="checkbox"/>					
Nezrozumiteľný 2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tangujúca <input type="checkbox"/>		Plégia <input type="checkbox"/>					
Žiadny 1 <input type="checkbox"/>				Mening. príz. <input type="checkbox"/>					
				Odch. stolice <input type="checkbox"/>					
				Odch. moču <input type="checkbox"/>					
				Iné <input type="checkbox"/>					
				Spredu <input type="checkbox"/>					
				Zozadu <input type="checkbox"/>					

Výkony:				Sine <input type="checkbox"/>				Ostatné výkony				Sine <input type="checkbox"/>			
Dých. cesty		Dýchanie		Cirkulácia				Krytie <input type="checkbox"/>		Schantz. golier <input type="checkbox"/>					
Sine <input type="checkbox"/>		Sine <input type="checkbox"/>		Sine <input type="checkbox"/>				Obväz <input type="checkbox"/>		Výplach žal. <input type="checkbox"/>					
Manéver <input type="checkbox"/>		Inhal. O ₂ _____ l/min		Perif. katéter <input type="checkbox"/>				Tlak. obväz <input type="checkbox"/>		Žal. sonda <input type="checkbox"/>					
Odsatie <input type="checkbox"/>		UPV <input type="checkbox"/>		CVK <input type="checkbox"/>				Škrtidlo <input type="checkbox"/>		Katéter moč. <input type="checkbox"/>					
Orotubus <input type="checkbox"/>		PEEP _____ cmH ₂ O		Pretlak. inf. <input type="checkbox"/>				Repozícia <input type="checkbox"/>		Ved. pôrodu <input type="checkbox"/>					
OTI <input type="checkbox"/>		Drenáž P <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>		Inf. pumpa <input type="checkbox"/>				Dlaha <input type="checkbox"/>							
								Vák. matrac <input type="checkbox"/>							

UPV											
Masáž											
Defibrilácia											
Pace-maker											
Transport T											

EKG:

Poloha: stabilizovaná

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: