



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 26 kwietnia 2016 r.

Poz. 576

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 20 kwietnia 2016 r.

w sprawie określenia wzoru karty indywidualnej ratownika medycznego

Na podstawie art. 11 ust. 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

- § 1. Określa się wzór karty indywidualnej ratownika medycznego, stanowiący załącznik do rozporządzenia.
- § 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *K. Radziwiłł*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1245 i 1635, z 2014 r. poz. 1802, z 2015 r. poz. 1887 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 65.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. (poz. 576)

WZÓR

Oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych

Numer karty nadany przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych

KARTA INDYWIDUALNA RATOWNIKA MEDYCZNEGO

Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego (rrrr-mm-dd gg:mm)

Miejsce udzielania świadczenia zdrowotnego

DANE PACJENTA płeć: K M

Imiona:

Nazwisko:

Adres miejsca zamieszkania:

PESEL*:

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO*

Imiona:

Nazwisko:

Adres miejsca zamieszkania:

Data urodzenia: [] [] [] [] [] [] [] []

* W przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

I - WYWIAD

[]

II - OPIS STANU ZDROWIA PACJENTA

SKALA GLASGOW OTWIERANIE OCZU spontanicznie 4 na głos 3 na ból 2 brak 1 REAKCJA SŁOWNNA zorientowany 5 spłątany 4 niewłaściwe słowa 3 niezrozumiałe dźwięki 2 brak 1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia 6 lokalizacja bólu 5 ucieczka od bólu 4 zgięciowa 3 wyprostna 2 brak 1 SUMA [] []	PEDIATRYCZNA SKALA GLASGOW OTWIERANIE OCZU spontanicznie 4 na głos 3 na ból 2 brak 1 REAKCJA SŁOWNNA mowa dziecinną 5 pobudzony 4 płacz 3 jęczenie 2 brak 1 REAKCJA RUCHOWA prawidłowe poruszanie się 6 spełnia polecenia 5 lokalizacja bólu 4 zgięciowa 3 wyprostna 2 brak 1 SUMA [] []	UKŁAD ODDECHOWY duszność [T] [N] sinica [T] [N] bezdech [T] [N] szmer [L] [P] prawidłowy [] [] furczenie [] [] świsty [] [] trzeszczenie [] [] rżenie [] [] brak szmeru [] [] inne: [] []	ŻRENICZE Reakcja na światło prawidłowa [L] [P] powolna [] [] brak [] [] Szerokość normalna [L] [P] wąska [] [] szeroka [] [] ŁĘTNO miarowe [] [] niemiarowe [] []	<p>PRZÓD P L TYŁ R K brak obrażeń [] [] złamanie otwarte [] [] złamanie zamknięte [] [] zwinięcie [] [] stłuczenie [] [] Rana [] [] Krwotok z rany [] [] Zmiażdżenie [] [] Amputacja [] [] Ból nieurazowy [] [] Oparzenie [] []</p> <p>[] stopnia [] [] % [] stopnia [] [] % [] oparzenie wżewne [] []</p>	OBJAWY wstrząs [T] [N] NZK [T] [N] obj. oponowe [T] [N] drgawki [T] [N] afazja [T] [N] wymioty [T] [N] biegunka [T] [N] krwawienie [T] [N] obrzęki [T] [N] zaślabnięcie [T] [N] INNE cięża [T] [N] poród [T] [N] chor. zakaźna [T] [N]	SKÓRA Wygląd w normie [] [] blada [] [] rumień [] [] zażółcenie [] [] sinica obw. [] [] sinica centr. [] [] Wilgotność w normie [] [] wilgotna [] [] sucha [] [] Temperatura w normie [] [] chłodna [] [] ciepła [] []
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

JAMA BRZUSZNA w normie [] [] bolesność palpacyjna [] [] brak perystaltyki [] [] objawy otrzewnowe [] []	TONY SERCA czyste/głośnie [] [] stłumione [] [] inne: [] [] NIEDOWŁAD / PORAZENIE kończyna L P górna [] [] kończyna dolna [] [] ZAPACH Z UST rozpuszczalnik organiczny [] [] alkohol [] [] inne: [] []	EKG rytm zatokowy [] [] tachykardia nadkomorowa [] [] tachykardia komorowa [] [] migotanie/trzepotanie przedsionków [] [] AV blok [] [] sVES [] [] VES [] [] VF/VT [] [] asystolia [] [] PEA [] [] rozrusznik [] [] OZW [] [] inne: [] []	POMIAR CZASOWY gg:mm [] [] : [] [] : [] [] : [] [] RR (mmHg) [] [] [] [] [] [] HR (/min) [] [] [] [] [] [] częstość oddechów (/min) [] [] [] [] [] [] saturacja(%) [] [] [] [] [] [] EtCO ₂ (%) [] [] [] [] [] [] GCS (pkt) [] [] [] [] [] [] poziom glukozy (mg%/mmol/l) [] [] [] [] [] [] ból (1-10) [] [] [] [] [] []	OŚWIADCZENIE PACJENTA Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na: [] udzielenie świadczenia zdrowotnego [] przewiezienie do szpitala Oświadczam również, że udzieliłem mi wyczerpujących informacji o stanie zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania. data godz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

III - ROZPOZNIANIE

[] KOD ICD10

IV - UDZIELONE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

CZYNNOŚCI

odsysanie [] []	tlenoter. bierna [] []	kołnier [] []	linia zyl. obw. [] []
went. workiem [] []	defibrylacja [] []	deska ortoped [] []	monitorowanie [] []
rurka UG/NG [] []	masaż serca [] []	materac próż. [] []	
intubacja [] []	teletransmisja [] []	unieruchomienie [] []	[] inne:
maska/rurka krt. [] []	cewnikowanie [] []	opatrunek [] []	
respirator [] []	sonda żołądkowa [] []		

ZASTOSOWANE PRODUKTY LECZNICZE ORAZ WYROBY MEDYCZNE

nazwa	dawka, ilość	droga podania	gg:mm

ZALECENIA / UWAGI

Kopię karty wydano: [] pacjentowi [] podmiotowi leczniczemu [] inne

Postępowanie z pacjentem gg:mm [] [] : [] []

[] pozostał w miejscu zdarzenia	[] przekazany zespołowi ratownictwa medycznego	[] inne:
[] oddał się samowolnie	[] przekazany do szpitalnego oddziału ratunkowego	
[] przekazany Policji	[] przekazany do izby przyjęć	

Data, podpis i pieczęć ratownika medycznego