

ZÁZNAM O ZHODNOTENÍ ZDRAVOTNÉHO STAVU OSOBY		Dátum	Príchod
Zdravotnícke zariadenie		Hlásenie	Odovzdanie
Výjazd č. RLS <input type="checkbox"/> RZS <input type="checkbox"/> LSPP <input type="checkbox"/> LZSS <input type="checkbox"/>		Výjazd	Ukončenie
MENO:		POISŤOVŇA:	
DÔVOD: Dg. _____		BYDLISKO: _____	
		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"/> Priechodné <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eupnoe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nevýšetrené <input type="checkbox"/>	Pulz cent. perif.	<input type="checkbox"/> Akcia srdca	<input type="checkbox"/> Ružová
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"/>	<input type="checkbox"/> Pravid. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bledá
Na výzvu 3 <input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> Nepravid. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cyanotická
Na bolesť 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Korneálny r. <input type="checkbox"/>				Plný <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ozvy ohr. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kapil. < 2 s
Žiadne 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pláv. bulby <input type="checkbox"/>				Nitkovitý <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> šel. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> návrat > 2 s
	<input type="checkbox"/> Okulocef. r. <input type="checkbox"/>				Sine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asystólia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verb. kontakt	Bolesť	Neurol. nález	P	L	Čas		
Orientovaný 5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sine	<input type="checkbox"/> V norme		INÉ	Syst. TK Torr		
Dezorientovaný 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Znesiteľná	<input type="checkbox"/> Krčče		<input type="checkbox"/> Povrchová rana	Diast. TK Torr		
Neadekvátny 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nepriemerná	<input type="checkbox"/> Paréza		<input type="checkbox"/> Tepenné krvácanie	SF (HR) min ⁻¹		
Nezrozumiteľný 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tangujúca	<input type="checkbox"/> Plégia		<input type="checkbox"/> Otvorená zlomenina	DF (RR) min ⁻¹		
Žiadny 1 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Mening. príz.		<input type="checkbox"/> Zlomenina	DO (TV) ml		
Motorika	Brucho	<input type="checkbox"/> Odch. stolice		<input type="checkbox"/> Amputácia	O ₂ saturácia %		
Na výzvu 6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bolestivosť	<input type="checkbox"/> Odch. moču		<input type="checkbox"/> Popálenina st.	Glyk. mmol/l		
Na bolesť 5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rezistencia	<input type="checkbox"/> Iné		<input type="checkbox"/> Iné <input type="checkbox"/>	TT °C		
Na cieľnú 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Défanse	<input type="checkbox"/> Spredu <input type="checkbox"/>			GCS		
Flexia 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Iné	<input type="checkbox"/> Zozadu <input type="checkbox"/>			TS		
Extenzia 2 <input type="checkbox"/>							
Žiadna 1 <input type="checkbox"/>							

Výkony:	Sine <input type="checkbox"/>	Ostatné výkony	Sine <input type="checkbox"/>	UPV
Dých. cesty		<input type="checkbox"/> Krytie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schantz. golier <input type="checkbox"/>	Masáž
<input type="checkbox"/> Sine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Obväz <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Výplach žal. <input type="checkbox"/>	Defibrilácia
<input type="checkbox"/> Manéver <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inhal. O ₂ <input type="checkbox"/> l/min	<input type="checkbox"/> Tlak obväz <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Žal. sonda <input type="checkbox"/>	Pace-maker <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Odsatie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Škrtdílo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Katéter moč. <input type="checkbox"/>	Transport T
<input type="checkbox"/> Orotubus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PEEP <input type="checkbox"/> cmH ₂ O	<input type="checkbox"/> Repozícia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ved. pôrodu <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> OTI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Drenáž P <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> Dlaha <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vák. matrac <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Iné <input type="checkbox"/>			

Terapia:	Čas	Diagnóza: Dg1: _____ Dg2: _____	Posádka: _____
			Podpis:
			Odovzd. kde:
			Prevzal: _____ Podpis: _____
			Zásah prim. <input type="checkbox"/> sekund. <input type="checkbox"/> neúsp. <input type="checkbox"/>
			Indikovaný <input type="checkbox"/> neindik. <input type="checkbox"/> zneužitie <input type="checkbox"/>
			Stav zlepšený <input type="checkbox"/> nezmen. <input type="checkbox"/> zhoršený <input type="checkbox"/>
			Pacient ošetrený doma, poučený <input type="checkbox"/>
			odmietol ošetrovanie <input type="checkbox"/> odmietol prevoz <input type="checkbox"/>
			Spolupráca s:

Poznámka:

Trvanie výjazdu _____ min.

km, let. čas _____ NACA: _____

Výkony:



stabilizovaná