

Wąbrzeźno, dnia 8 listopada 2021 r.

OR.0003.3.2021.KA

**Pan Mieczysław Toś
Radny Rady Powiatu
w Wąbrzeźnie**

Odpowiadając na Pana interpelację złożoną podczas XXV sesji Rady Powiatu w dniu 28.10.2021 roku w sprawie funkcjonowania służby ratownictwa medycznego w Nowym Szpitalu w Wąbrzeźnie w załączeniu przesyłam odpowiedź wraz z załącznikami jakiej udzielił Pan Łukasz Płaza – Prezes Zarządu Nowego Szpitala w Wąbrzeźnie Sp. z o. o.

Starosta
Krzysztof Maćkiewicz





GRUPA NOWY SZPITAL



Wąbrzeźno, 4.11.2021r.

Nowy Szpital w Wąbrzeźnie sp. z o.o.
ul. Wolności 27; 87-200 Wąbrzeźno
NIP: 852-25-26-656; Regon: 320425520;
KRS 0000288758

Pan
Krzysztof Maćkiewicz
Starosta
Powiatu Wąbrzeskiego

Dotyczy pisma z dn. 2 listopada 2021 r. sygn. BR.0003.3.2021.KA


W odpowiedzi na pismo w sprawie interpelacji Pana Radnego Rady Powiatu Wąbrzeskiego w imieniu zarządu Nowego Szpitala w Wąbrzeźnie uprzejmie informujemy, że przeanalizowaliśmy zdarzenie z dnia 16.08.2021r. W momencie zdarzenia na ulicy Wolności, karetka stacjonująca przy Szpitalu była zadysponowana o godz. 9:08 do wyjazdu na ul. Grudziądzkiej. Czynności medyczne zakończyła o godz. 10:46, tym samym nie mogła udzielić pomocy medycznej pacjentowi na ul. Wolności. Do zdarzenia na ul. Wolności została wezwana o godz. 9:28 karetka stacjonująca w Płużnicy, na miejsce zdarzenia przybyła o godzinie 9:42 (czyli w czasie 14 min od przyjęcia zgłoszenia). Ratownicy opatrzyli poszkodowanego, jednak pacjent ten nie wyraził zgody na przewiezienie go do Izby Przyjęć w celu dalszej diagnostyki.

W załączeniu dokumentacja medyczna potwierdzająca czas przyjęcia wezwań i czas realizacji zleceń przez karetkę P Wąbrzeźno oraz karetkę P Płużnica.

Zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego mediana czasu dotarcia karetki jest nie większa niż 8 min w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców. Należy brać również pod uwagę warunki atmosferyczne jak i warunki panujące na drodze, a trasa Karetki P Płużnica do Wąbrzeźna odbywa się w całości na odcinku ciągle remontowanym z sygnalizacją świetlną w kilku miejscach, co utrudnia i wydłuża czas przyjazdu.

Rozwiązaniem byłoby uruchomienie drugiej karetki P przy szpitalu, jednak Narodowy Fundusz Zdrowia na dzień dzisiejszy nie ma środków na finansowanie dodatkowej karetki P.

Z poważaniem

Lukasz Płaza

Prezes Zarządu
Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o.

KARTA ZLECENIA WYJAZDU ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Wersja dokumentu: 9

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)

Ratownictwo Medyczne sp. z o.o. ul Młyńska 6, 66-200 Świebodzin; oddział w
Wąbrzeźnie, ul Wolności 27/1; 87-200 Wąbrzeźno, cz. I K.R. 0000737513

Miejsce wyczekiwania ZRM (adres):

Wąbrzeźno, Wolności 27

I - PRZYJĘCIE WEZWANIA

Jednostka przyjmująca zgłoszenie: DM02-01 Toruń	Kod przyjmującego dyspozytora medycznego: DM14-073	Nr zlecenia wyjazdu: KZW/21/P/0002039705	Data przyjęcia wezwania (rrrr-mm-dd): 2021-08-16	Czas przyjęcia wezwania (gg:mm): 09:08
---	--	--	--	--


Adres lub nazwa miejsca zdarzenia:

Miejscowość: Wąbrzeźno	Ulica: Grudziądzka	Nr domu: 40	Nr lokalu: 9	Piętro: 	Klatka:
Opis miejsca zdarzenia:					Współrzędne geograficzne 18,943502 53,284419

Powód wezwania:

Kod pilności*: 2	Wywiad - opis: Ból brzucha SILNY BÓŁ BRZUCHA -ODRUCH WYMIOTNY COVID 19 UJEMNY PO 2 SZCZEPIENIACH przytomny/a, oddycha, nie oddycha inaczej niż zwykle
----------------------------	---

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię: 	Wiek pacjenta: lat: 64 m-cy: dni:	Określenie wieku: <input type="checkbox"/> dziecko <input checked="" type="checkbox"/> dorosły	Płeć: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
---	---	---	---

Dane wzywającego:

Nazwisko i imię:	Sposób wezwania: <input type="checkbox"/> automat telefoniczny <input type="checkbox"/> radiotelefon <input type="checkbox"/> teleinformatycznie <input checked="" type="checkbox"/> telefonicznie nr telefonu wzywającego: 792666559 (+48792666559)	Powiadomiono: <input type="checkbox"/> Straż Poż. <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> insp. sanitarny <input type="checkbox"/> inne.....	Uwagi:
Określenie wzywającego: <input checked="" type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> Straż Pożarna <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> Straż Miejska <input type="checkbox"/> inne.....			

II - PODJĘCIE DECYZJI

Decyzja dotycząca wyjazdu: <input type="checkbox"/> zadysponowanie własnego ZRM <input checked="" type="checkbox"/> zadysponowanie ZRM innego dysponenta <input type="checkbox"/> przekazanie innemu dyspozytorowi ZRM <input type="checkbox"/> odwołanie ZRM	Identyfikator ZRM: C01 160	Identyfikator pojazdu: C01 160	Rodzaj wyjazdu: <input type="checkbox"/> na sygnale <input checked="" type="checkbox"/> zwykły	Typ zespołu: P	Data i czas przekazania zlecenia do ZRM: 2021-08-16 09:09
---	--------------------------------------	--	--	--------------------------	---

Skład ZRM: Cezary Puzdrowski - zawód: Kierownik** Marciej Szyszowski Członek ZRM - kierowca	Zlecenie przekazano do: czas: godz.....min..... kod disp.med.:.....	Zlecenie odwołał: imię i nazwisko osoby odwołującej ZRM: czas: godz.....min..... kod disp.med.:.....	Zlecenie przekazano przez: <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> tel. <input checked="" type="checkbox"/> inform Kod dyspozytora medycznego zlecającego wyjazd ZRM: DM02-040
---	--	--	--


III - REALIZACJA ZLECENIA

Udzielono pomocy: <input checked="" type="checkbox"/> w rejonie operacyjnym <input type="checkbox"/> poza rejonem operacyjnym <input type="checkbox"/> pacjent pozostał w miejscu zdarzenia <input checked="" type="checkbox"/> udzielono pomocy i przewieziono do: RSS im. dr Wł. Biegańskiego w Grudziądzu ul. Rydygiera <input checked="" type="checkbox"/> IP/SOR <input type="checkbox"/> centrum urazowe <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> jednostki wyspecjalizowanej szpitala <input type="checkbox"/> przekazano lotniczemu ZRM <input type="checkbox"/> brak pacjenta w miejscu zdarzenia <input type="checkbox"/> pacjent nie wyraża zgody na udzielenie pomocy	OŚWIADCZENIE PACJENTA Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na: <input type="checkbox"/> udzielenie pomocy medycznej <input type="checkbox"/> przewiezienie do szpitala Oświadczam również, że udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania. data.....godz..... podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	CZASY REALIZACJI ZLECENIA Czas wyjazdu ZRM: godz. 09 min. 11 Czas przybycia do miejsca zdarzenia: godz. 09 min. 20 Czas przekazania pacjenta w IP/SOR / innym: godz. 10 min. 40 Czas powrotu do miejsca wyczek. / zak. zlec.: godz. 10 min. 46
--	--	---

IV - ZGON

Zgon nastąpił przed przybyciem ZRM <input type="checkbox"/> w trakcie med. czyn. rat. <input type="checkbox"/> w trakcie transportu <input type="checkbox"/>	Czas stw. zgonu / odstąpienia*** : :	Podejrzenie popeł. przest. Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Powiadomiono Policja <input type="checkbox"/> insp. sanit. <input type="checkbox"/> inne.....	Wydano Kartę zgonu Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---

V - PODSUMOWANIE

Wydano Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych pacjent <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawy <input type="checkbox"/> szpital <input checked="" type="checkbox"/> inne.....	Zabiegi dezynfekcyjne po zak. wyjazdu Wykonano <input type="checkbox"/> Nie wykonano <input type="checkbox"/>	Wyst. Kartę Zgłoszenia Choroby Zakaźnej Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Procedury medyczne udzielone przez ZRM (ICD9) 89.07 Badanie podmiotowe 89.13 Badanie neurologiczne 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami 89.540 Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych 89.602 Pulsosymetria 89.61 Badanie systemowego ciśnienia tętniczego 89.71 Ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych 89.79 Badanie fizykalne -inne	Podpis i pieczęć kierownika ZRM 	

* 1 - Alarmowy 2- Pilny

** Zaznaczyć kierownika ZRM

*** Odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych - dotyczy zespołu bez lekarza

KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Wersja dokumentu: 25

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) Ratownictwo Medyczne sp. z o.o. ul. Młyńska 6, 66-200 Świebodzin; oddział w Wąbrzeźnie, ul. Wolności 27/1; 87-200 Wąbrzeźno, cz. I K.R. 0000737513	Kod ZRM realizującego zlecenie: <h2 style="text-align: center; margin: 0;">C01 160</h2>	Nr zleczenia wyjazdu: KZW/21/P/000203970 5
---	--	---

I - WYWIAD

Brak wykonania testu antygenowego na SARS-CoV-2. Mężczyzna L 64, dwukrotnie szczepiony p. Covid (Astra). Obecnie k-o wydolny, przytomny, zorientowany, w pełnym kontakcie. Od ok. 3 dni ostabienie, silne uczucie nudności, okresami ból brzucha. Pacjent hospitalizowany z tego samego powodu 9 dni w m-cu 07. 2021. Pacjent przekonany o tym, że bez transportu do szpitala dolegliwości nie miną, gdyż nigdy nie mijają w domu. Dopiero pobyt w szpitalu przynosi efekty ponieważ kroplówki, badania i ogólnie tak zobaczą.

MIEJSCE ZDARZENIA	
w domu.....	<input checked="" type="checkbox"/>
w miejscu publicznym.....	<input type="checkbox"/>
w ruchu uliczno-drog.....	<input type="checkbox"/>
w pracy <input type="checkbox"/> w szkole.....	<input type="checkbox"/>
w rolnictwie.....	<input type="checkbox"/>

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE OTWIERANIE OCZU spontanicznie..... 4 na głos..... 3 na ból..... 2 brak..... 1 REAKCJA SŁOWNNA zorientowany..... 5 splątany..... 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 15	RTS CZ. ODDECHÓW 10-29..... 4 >29..... 3 6-9..... 2 1-5..... 1 brak..... 0 RR SKURCZOWE >89..... 4 76-89..... 3 50-75..... 2 1-49..... 1 0..... 0 GCS 13-15..... 4 9-12..... 3 6-8..... 2 4-5..... 1 3..... 0 SUMA	UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów..... /min duszność..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> sinica..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> bezdech..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> szmer prawidł. L P furczenie..... świsty..... trzeszczenie..... rżenie..... brak szmeru..... Inne..... Saturacja 97%	ŻRENICZE Reakcja na światło: prawidłowa..... L P powolna..... brak..... szerokość: L P normalna..... wąska..... szeroka..... CIŚNIENIE TĘTNICZE 150 / 80 mm Hg TĘTNO miarowe <input checked="" type="checkbox"/> 67 /min niemiary <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Przód</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Tyl</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> brak obrażeń <input type="checkbox"/> złamanie otwarte <input type="checkbox"/> złamanie zamknięte <input type="checkbox"/> W Zwichnięcie <input type="checkbox"/> S Stłuczenie <input type="checkbox"/> R Rana <input type="checkbox"/> K Krwotok z rany <input type="checkbox"/> M Zmiazdzenie <input type="checkbox"/> A Amputacja <input type="checkbox"/> N Ból nieurazowy <input type="checkbox"/> P Oparzenie <input type="checkbox"/> stopnia % <input type="checkbox"/> stopnia % <input type="checkbox"/> oparzenie wziewne </td> </tr> </table> <p>Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego</p> <input type="checkbox"/> penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy łepki z objawami uszkodzenia narządów <input type="checkbox"/> wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha <input type="checkbox"/> amputacja kończyn powyżej kolana lub łokcia <input type="checkbox"/> rozległe zmiażdżenia kończyn <input type="checkbox"/> uszkodzenie rdzenia kręgowego <input type="checkbox"/> złamanie kończyn z uszkodzeniem naczyń i nerwów <input type="checkbox"/> złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy	Przód	Tyl	<input checked="" type="checkbox"/> brak obrażeń <input type="checkbox"/> złamanie otwarte <input type="checkbox"/> złamanie zamknięte <input type="checkbox"/> W Zwichnięcie <input type="checkbox"/> S Stłuczenie <input type="checkbox"/> R Rana <input type="checkbox"/> K Krwotok z rany <input type="checkbox"/> M Zmiazdzenie <input type="checkbox"/> A Amputacja <input type="checkbox"/> N Ból nieurazowy <input type="checkbox"/> P Oparzenie <input type="checkbox"/> stopnia % <input type="checkbox"/> stopnia % <input type="checkbox"/> oparzenie wziewne	
Przód	Tyl							
<input checked="" type="checkbox"/> brak obrażeń <input type="checkbox"/> złamanie otwarte <input type="checkbox"/> złamanie zamknięte <input type="checkbox"/> W Zwichnięcie <input type="checkbox"/> S Stłuczenie <input type="checkbox"/> R Rana <input type="checkbox"/> K Krwotok z rany <input type="checkbox"/> M Zmiazdzenie <input type="checkbox"/> A Amputacja <input type="checkbox"/> N Ból nieurazowy <input type="checkbox"/> P Oparzenie <input type="checkbox"/> stopnia % <input type="checkbox"/> stopnia % <input type="checkbox"/> oparzenie wziewne								

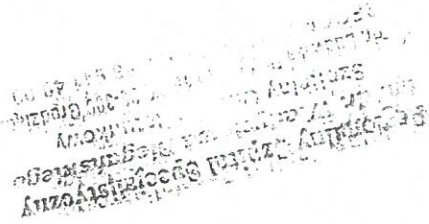
OBJAWY wstrząs..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NZK..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> obj. oponowe..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> drgawki..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> afazja..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> wymioty..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> biegunka..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> krwawienie..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> obrzęki..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> zastłabnięcie..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> INNE ciąża..... <input type="T"/> <input type="N"/> poród..... <input type="T"/> chor. zakaźna..... <input type="T"/>	SKÓRA Wygląd: w normie..... <input type="checkbox"/> blada..... <input checked="" type="checkbox"/> rumień..... <input type="checkbox"/> zażółcenie..... <input type="checkbox"/> sinica obw..... <input type="checkbox"/> sinica centr..... <input type="checkbox"/> Wilgotność: w normie..... <input checked="" type="checkbox"/> wilgotna..... <input type="checkbox"/> sucha..... <input type="checkbox"/> Temperatura: w normie..... <input checked="" type="checkbox"/> chłodna..... <input type="checkbox"/> ciepła..... <input type="checkbox"/>	JAMA BRZUSZNA w normie..... <input checked="" type="checkbox"/> bolesność palpacyjna..... <input type="checkbox"/> brak perystaltyki..... <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe..... <input type="checkbox"/> OCENA PSYCHO-RUCH. w normie..... <input type="checkbox"/> spowolniały..... <input checked="" type="checkbox"/> pobudzony..... <input type="checkbox"/> agresywny..... <input type="checkbox"/>	TONY SERCA czyste/głośnie..... <input checked="" type="checkbox"/> stłumione..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> NIEDOWŁAD / PORAZENIE L P kończyna górna..... kończyna dolna..... ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> POZIOM GLUKOZY mg% g/l	EKG Rytm zatokowy..... <input checked="" type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa..... <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa..... <input type="checkbox"/> Migotanie/trzepotanie przedsionków..... <input type="checkbox"/> AV blok..... <input type="checkbox"/> sVES..... <input type="checkbox"/> VES..... <input type="checkbox"/> VF/VT..... <input type="checkbox"/> Asystolia..... <input type="checkbox"/> PEA..... <input type="checkbox"/> Rozrusznik..... <input type="checkbox"/> OZW..... <input type="checkbox"/> Zawał..... <input type="checkbox"/> Inne.....	OPIS Skala bólu: nie oceniono z powodu: ..
--	---	--	---	---	--

III - ROZPOZNANIE

OPIS K92.9 Choroba przewodu pokarmowego, nieokreślona; R11 Nudności i wymioty;

KOD ICD10 K92.9	KOD ICD10 R11	KOD ICD10
--------------------	------------------	-----------

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kołnier..... <input type="checkbox"/> linia zyl. obw..... <input checked="" type="checkbox"/> went. workiem..... <input type="checkbox"/> stymulacja zew..... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> linia zyl. cent..... <input type="checkbox"/> rurka UG..... <input type="checkbox"/> kardiowersja..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> cewnikowanie..... <input type="checkbox"/> intubacja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie..... <input type="checkbox"/> sonda żołąd..... <input type="checkbox"/> respirator..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input checked="" type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> monitorowanie..... <input checked="" type="checkbox"/> tlenoter. bierna..... <input type="checkbox"/> teletransmisja..... <input type="checkbox"/> inne.....	ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa, dawka, droga podania) IPP 40mg i.v. <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>
---	--

ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

DANE PACJENTA Imię: Nazwisko: Adres zamieszkania: ul.: nr: Rodz. i nr. dok. tożsamości: dok. medyczna.	Ident. NFZ: 02 19561107 Data urodzenia / wiek: NUMER PESEL pacjenta: 56110704875 Podpis lekarza Ratownika ZRM: ratownik medyczny Nr 21RM/3282/2004 data udzielenia pomocy 2021-08-16 Zespół (S/P): P	Decyzja podmiotu leczniczego: <input checked="" type="checkbox"/> Przyjęcie pacjenta <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia pieczęć IP/SOR Oznaczenie osoby przyjmującej Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym: data..... godz..... min..... Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat. data..... godz..... min.....
--	--	---

KARTA ZLECENIA WYJAZDU ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Wersja dokumentu: 11

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)

Ratownictwo Medyczne sp. z o.o. ul Młynska 6 , 66-200 Świebodzin ; oddział w Wąbrzeźnie, ul Wolności 27/1; 87-200 Wąbrzeźno, cz. I K.R. 0000737513

Miejsce wyczekiwania ZRM (adres):

Łłużnica, 61

I - PRZYJĘCIE WEZWANIA

Jednostka przyjmująca zgłoszenie: DM02-01 Toruń	Kod przyjmującego dyspozytora medycznego: DM02-024	Nr zlecenia wyjazdu: KZW/21/P/0002039856	Data przyjęcia wezwania (rrrr-mm-dd): 2021-08-16	Czas przyjęcia wezwania (gg:mm): 09:28
---	--	--	--	--

Adres lub nazwa miejsca zdarzenia:

Miejscowość: Wąbrzeźno	Ulica: Wolności	Nr domu: 12	Nr lokalu:	Piętro:	Klatka:
Opis miejsca zdarzenia: zakład fryzjerski, przy aptece					Współrzędne geograficzne 18,947040 53,278427

Powód wezwania:

Kod pilności* : 1	Zastąpienie: stan po zastąpieniu z utratą przytomności, obecnie przytomny słaby, wyw. w kier. c19 nie do uzyskania - wzywa personel zakładu fryzjerskiego, oddycha, nie oddycha inaczej niż zwykle
-----------------------------	--

Imię i nazwisko pacjenta:

Imię i nazwisko:	Wiek pacjenta: lat: 60 m-cy: dni:	Określenie wieku: <input type="checkbox"/> dziecko <input checked="" type="checkbox"/> dorosły	Płeć: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
---------------------------	---	---	---

Osoba wzywającego:

Nazwisko i imię:	Sposób wezwania: <input type="checkbox"/> automat telefoniczny <input type="checkbox"/> radiotelefon <input type="checkbox"/> teleinformatycznie <input checked="" type="checkbox"/> telefonicznie nr telefonu wzywającego: 510234213 (+48510234213)	Powiadomiono: <input type="checkbox"/> Straż Poż. <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> insp. sanitarny <input type="checkbox"/> inne.....	Uwagi:
Określenie wzywającego: <input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> Straż Pożarna <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> Straż Miejska <input checked="" type="checkbox"/> inne.....			

II - PODJĘCIE DECYZJI

Decyzja dotycząca wyjazdu: <input type="checkbox"/> zadysponowanie własnego ZRM <input checked="" type="checkbox"/> zadysponowanie ZRM innego dysponenta <input type="checkbox"/> przekazanie innemu dyspozytorowi ZRM <input type="checkbox"/> odwołanie ZRM	Identyfikator ZRM: C01 162	Identyfikator pojazdu: C01 162	Rodzaj wyjazdu: <input checked="" type="checkbox"/> na sygnale <input type="checkbox"/> zwykły	Typ zespołu: P	Data i czas przekazania zlecenia do ZRM: 2021-08-16 09:29
---	--------------------------------------	--	--	--------------------------	---

Kierownik ZRM: Szczepaniak Raoustaw Franke	zawód: Kierownik** Kierownik ZRM <input checked="" type="checkbox"/> Członek ZRM - kierowca <input type="checkbox"/>	Zlecenie przekazano do: czas: godz.....min..... kod dysp.med:.....	Zlecenie odwołał: imię i nazwisko osoby odwołującej ZRM: czas: godz.....min..... kod dysp.med:.....	Zlecenie przekazano przez: <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> tel. <input checked="" type="checkbox"/> inform	Kod dyspozytora medycznego zlecającego wyjazd ZRM: DM02-040
--	---	---	---	---	---

III - REALIZACJA ZLECENIA

Udzielono pomocy: <input checked="" type="checkbox"/> w rejonie operacyjnym <input type="checkbox"/> poza rejonem operacyjnym <input checked="" type="checkbox"/> pacjent pozostał w miejscu zdarzenia <input type="checkbox"/> udzielono pomocy i przewieziono do: <input type="checkbox"/> IP/SOR <input type="checkbox"/> centrum urazowe <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> jednostki wyspecjalizowanej szpitala <input type="checkbox"/> przekazano lotniczemu ZRM <input type="checkbox"/> brak pacjenta w miejscu zdarzenia <input type="checkbox"/> pacjent nie wyraża zgody na udzielenie pomocy	OŚWIADCZENIE PACJENTA Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na: <input type="checkbox"/> udzielenie pomocy medycznej <input checked="" type="checkbox"/> przewiezienie do szpitala Oświadczam również, że udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania. data: 2021-08-16godz: 10:02 podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	CZASY REALIZACJI ZLECENIA Czas wyjazdu ZRM: godz. 09min. 31 Czas przybycia do miejsca zdarzenia: godz. 09min. 42 Czas przekazania pacjenta w IP/SOR / innym: godz.min. Czas powrotu do miejsca wyczek. / zak. zlec.: godz. 10min. 13
--	--	---

IV - ZGON

Zgon nastąpił przed przybyciem ZRM <input type="checkbox"/> w trakcie med. czyn. rat. <input type="checkbox"/> w trakcie transportu <input type="checkbox"/>	Czas stw. zgonu / odstąpienia***:.....	Podejrzenie popeł. przest. Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Powiadomiono Policja <input type="checkbox"/> insp. sanit. <input type="checkbox"/> inne.....	Wydano Kartę zgonu Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
--	---	---	--	---

V - PODSUMOWANIE

Wydano Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych pacjent <input checked="" type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> szpital <input type="checkbox"/> inne.....	Zabiegi dezynfekcyjne po zak. wyjazdu Wykonano <input checked="" type="checkbox"/> Nie wykonano <input type="checkbox"/>	Wyst. Kartę Zgłoszenia Choroby Zakaźnej Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
--	---	--

Procedury medyczne udzielone przez ZRM (ICD9) 89.07 Badanie podmiotowe 89.13 Badanie neurologiczne 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami 89.602 Pulsoksymetria 89.61 Badanie systemowego ciśnienia tętniczego 89.71 Ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych 89.79 Badanie fizykalne -inne 94.112 Ocena poczytalności 94.115 Ocena stanu psychicznego -inne 99.97904 Farmakoterapia dożylna 99.99902 Badanie temperatury ciała (temperatura powierzchniowa lub głęboka) 99.99909 Pomiar stężenia glukozy w arterializowanej krwi włośniczkowej	Podpis i pieczęć kierownika ZRM Leszek Szczepaniak licencjat ratownictwa medycznego Nr.....
--	---

* 1 - Alarmowy 2- Pilny

** Zaznaczyć kierownika ZRM

*** Odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych - dotyczy zespołu bez lekarza.

KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Wersja dokumentu: 30

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)
Ratownictwo Medyczne sp. z o.o. ul Młyńska 6, 66-200 Świebodzin ; oddział w Wąbrzeźnie, ul Wolności 27/1; 87-200 Wąbrzeźno, cz. I K.R. 0000737513

Kod ZRM realizującego zlecenie:
C01 162

Nr zlecenia wyjazdu:
KZW/21/P/000203985
6

I - WYWIAD

Pacjent zasłabł nie stracił przytomności. Nie doznał urazów. Neguje bóle w kł. piersiowej przebywał dziś na stońcu. EKG w normie. neurologicznie w normie. słuchowo w normie. Brak wykonania testu antygenowego na SARS-CoV-2

MIĘSCIE ZDARZENIA

w domu.....
 w miejscu publicznym
 w ruchu uliczno-drog.
 w pracy w szkole
 w rolnictwie.....

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE

OTWIERANIE OCZU

spontanicznie..... **4**
 na głos..... 3
 na ból..... 2
 brak..... 1

REAKCJA SŁOWNA

zorientowany..... **5**
 splątany..... 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 **15**

RTS CZ. ODDECHÓW

10-29..... **4**
 >29..... 3
 6-9..... 2
 1-5..... 1
 brak..... 0

RR SKURCZOWE

>89..... **4**
 76-89..... 3
 50-75..... 2
 1-49..... 1
 0..... 0

GCS

13-15..... **4**
 9-12..... 3
 6-8..... 2
 4-5..... 1
 3..... 0

SUMA **12**

UKŁAD ODDECHOWY

częstość oddechów **16** /min
 duszność.....
 sinica.....
 bezdech.....
 szmer prawidł.
 furczenie.....
 świsty.....
 trzeszczenie.....
 rżenie.....
 brak szmeru.....
 inne.....
Saturacja..... **99** %

ŻENICE

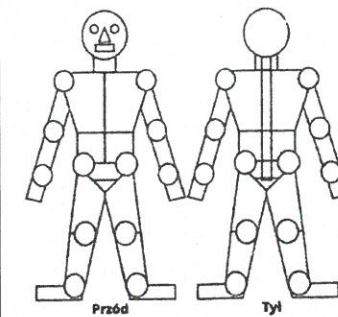
Reakcja na światło:

prawidłowa..... L P
 powolna.....
 brak.....
 szerokość: L P
 normalna.....
 wąska.....
 szeroka.....

CIŚNIENIE TĘTNICZE

120 / **90** mm Hg

TĘTNO miarowe
94 /min niemiar.



brak obrażeń

O Złamanie otwarte
Z Złamanie zamknięte
W Zwłknięcie
S Stłuczenie
R Rana
K Krwotok z rany
M Zmiażdżenie
A Amputacja
N Ból nieurazowy
P Oparzenie

stopnia %
 stopnia %
 oparzenie wżwienne

Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego

penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy
 łępe z objawami uszkodzenia narządów
 wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha
 amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia
 rozległe zmiżdżenia kończyn

uszkodzenie rdzenia kręgowego
 złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów
 złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy

OBJAWY

wstrząs.....
 NZK.....
 obj. oponowe.....
 drgawki.....
 afazja.....
 wymioty.....
 biegunka.....
 krwawienie.....
 obrzęki.....
 zasłabnięcie.....

INNE

ciąża.....
 poród.....
 chor. zakaźna.....

SKÓRA

Wygląd:

w normie.....
 blada.....
 rumień.....
 zaczerwienienie.....
 sinica obw.....
 sinica centr.....

Wilgotność:

w normie.....
 wilgotna.....
 sucha.....

Temperatura:

w normie.....
 chłodna.....
 ciepła.....

JAMA BRZUSZNA

w normie.....
 bolesność palpacyjna.....
 brak perystaltyki.....
 objawy otrzewnowe.....

OCENA PSYCHO-RUCH.

w normie.....
 spowolniony.....
 pobudzony.....
 agresywny.....

TONY SERCA

czyste/głośnie.....
 stłumione.....
 inne.....

NIEDOWŁAD / PORAZENIE

kończyna górna L P
 kończyna dolna

ZAPACH Z UST

rozpuszczalnik org.....
 alkohol.....
 inne.....

POZIOM GLUKOZY **146** mg%
 g/l

EKG

Rytm zatokowy.....
 Tachykardia nadkomorowa.....
 Tachykardia komorowa.....
 Migotanie/trzepotanie przedsionków.....
 AV blok.....
 sVES.....
 VES.....
 VF/VT.....
 Asystolia.....
 PEA.....
 Rozrusznik.....
 OZW.....
 Zawał.....
 Inne.....

OPIS

pacjent nie wyraził zgody na przewóz do i.p. Ocena skali bólu wg NRS: 0, wykonana o godz. 09:47:05.

III - ROZPOZNIANIE

OPIS R55 Omdlenie i zapaść;

KOD ICD10 R55	KOD ICD10	KOD ICD10
-------------------------	-----------	-----------

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI

odsysanie..... defibrylacja..... kołnierz..... linia żył. obw.....
 went. workiem..... stymulacja zew..... deska ortoped..... linia żył. cent.....
 rurka UG..... kardiowersja..... materac próż..... cewnikowanie.....
 intubacja..... masaż serca..... unieruchomienie..... sonda żołąd.....
 respirator..... EKG..... opatrunek..... monitorowanie.....
 tlenoter. bierna..... teletransmisja..... inne.....

ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa, dawka, droga podania)

pwe 500 ml iv

ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

DANE PACJENTA

Imię:

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

ul:

Rodz. i nr. dok. tożsamości:

Ident. NFZ: **02r** **Data urodzenia / wiek:** **1956-08-01**

NUMER PESEL pacjenta:

Podpis i pieczęć kierownika ZRM: **Leszek Szczepaniak** Zespół (S/P): **P**
 licencjat ratownictwa medycznego
 Nr dypl. 859
 data udzielenia pomocy **2021-08-16**

Decyzja podmiotu leczniczego:

Przyjęcie pacjenta Odmowa przyjęcia

pieczęć IP/SOR Oznaczenie osoby przyjmującej

Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym:

data..... godz..... min.....

Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat.

data..... godz..... min.....

KARTA ZLECENIA WYJAZDU ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Ratownictwo Medyczne sp. z o.o. ul Młyńska 6, 66-200 Świebodzin; oddział w
Wąbrzeźnie, ul Wolności 27/1; 87-200 Wąbrzeźno, cz. I K.R. 0000737513

Płuźnica, 61

I - PRZYJĘCIE WEZWANIA

DM02-01 Toruń

DM02-024

KZW/21/P/0002039856

2021-08-16

09:28

Adres lub nazwa miejsca zdarzenia:

Wąbrzeźno

Wolności

12

zakład fryzjerski, przy aptece

18,947040

53,278427

Powód wezwania:

Zastąpienie

1

stan po zastąpieniu z utratą przytomności, obecnie przytomny słaby,
wyw. w kier. c19 nie do uzyskania - wzywa personel zakładu fryzjerskiego,
oddycha, nie oddycha inaczej niż zwykle

Dane pacjenta:

60

×

×

Dane wzywającego:

×

×

510234213 (+48510234213)

II - PODJĘCIE DECYZJI

×

C01 162

C01 162

×

P

2021-08-16 09:29

Leszek Szczepaniak
Kierownik ZRM

×

×

III - REALIZACJA ZLECENIA

DM02-040

×

×

ÓSWIADCZENIE PACJENTA

CZASY REALIZACJI ZLECENIA

09

31

×

09

42

2021-08-16

10:02

IV - ZGON

Zgon nastąpił

Czas stw. zgonu /
odstąpienia***

Podjęcie
popel. przest.

Powiadomiono

Wydano
Kartę zgonu

V - PODSUMOWANIE

Wydano Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych

Zabiegi dezynfekcyjne po zak. wyjazdu

Wyst. Kartę Zgłoszenia Choroby Zakaźnej

Procedury medyczne udzielone przez ZRM (ICD9)

89.07 Badanie podmiotowe 89.13 Badanie neurologiczne 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami 89.602 Pulsosymetria 89.61 Badanie systemowego ciśnienia tętniczego 89.71 Ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych 89.79 Badanie fizyczne - tętno 94.112 Ocena poczucia głębokości 94.115 Ocena stanu psychicznego - leżenie 99.97904 Farmakoterapia dalsza 99.99902 Badanie temperatury ciała (temperatura powierzchniowa lub głęboka) 99.99909 Pomiar stężenia glukozy w arterializowanej krwi włośniczkowej

Podpis i pieczęć kierownika ZRM

Leszek Szczepaniak
licencjat ratownictwa medycznego
Nr dypl 950

