

СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

БРИГАДА

КТО ВЫЗВАЛ: _____ телефон: _____

врач

фельдшер

Фельдшер

ВОДИТЕЛЬ

ВОДИТЕЛЬ

ВРЕМЯ (часы, минуты): _____ **Тип вызова:** ☐ первичный ☐ повторный ☐ на себя другой бригады ☐ в пути **Передан:** ☐ на руки ☐ по рации ☐ на моб.АРМ

Приема вызова	Передачи вызова бригаде СМП	Выезда на вызов	Привытия на место вызова	Начало транспортировки больного	Привытия в медицинскую организации	Окончания вызова	Возвращение на станцию (подстан- цию, отделение)	Затраченное на выполнение вызова

Принял вызов:	Передал вызов:
---------------	----------------

Причина выезда с опозданием (отсутствие): ☐ бригады ☐ транспорта ☐ врача ☐ фельдшера ☐ водителя
☐ другое

Сведения о больном: фамилия _____ имя _____

отчество _____ возраст ☐ лет ☐ месяцев ☐ дней пол ☐ М ☐ Ж

Полис ОМС: _____ Страховая компания: _____

Социальный статус: ☐ работающий ☐ дошкольник ☐ учащийся ☐ безработный ☐ беженец ☐ врем. неработающий
☐ пенсионер ☐ военнослужащий ☐ осужденный ☐ без определенного места жительства;
☐ другое

Место регистрации: ☐ житель города ☐ сельской местности ☐ приезжий ☐ другое

Адрес регистрации: _____

Место работы: _____ Документ, серия и номер: _____

Категория вызова: ☐ несчастный случай ☐ острое внезапное заболевание ☐ обострение хронического заболевания
☐ патология беременности ☐ роды ☐ плановая перевозка ☐ экстренная перевозка
☐ другое

Жалобы:

Анамнез:

СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В соответствии со ст. 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с учетом риска возможных осложнений получено.	ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В соответствии со ст. 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан отказ от медицинского вмешательства или требование прекратить медицинское вмешательство. Возможные осложнения и последствия отказа в доступной для меня форме разъяснены.	ОТКАЗ ОТ ТРАНСПОРТИРОВКИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР Возможные осложнения и последствия отказа в доступной для меня форме разъяснены. « ____ » _____ 20 ____ г. В _____ ЧАСОВ _____ МИНУТ
пациент или его законный представитель _____ ПОДПИСЬ _____ ФИО медицинский работник _____ ПОДПИСЬ _____ ФИО	пациент или его законный представитель _____ ПОДПИСЬ _____ ФИО медицинский работник _____ ПОДПИСЬ _____ ФИО	пациент или его законный представитель _____ ПОДПИСЬ _____ ФИО медицинский работник _____ ПОДПИСЬ _____ ФИО

Объективные данные:

Общее состояние:

☐ удовлетворительное ☐ средней степени тяжести ☐ тяжелое ☐ агональное ☐ смерть

Поведение:

☐ спокойное ☐ возбужденное ☐ агрессивное ☐ депрессивное

Сознание:

☐ ясное ☐ спутанное ☐ заторможенное ☐ отсутствует (кома тозное).

Менингеальные знаки:

☐ есть ☐ нет

Зрачки:

☐ нормальные ☐ широкие ☐ узкие

Анизокория:

☐ есть ☐ нет

Нистагм:

☐ есть ☐ нет

Реакция на свет:

☐ есть ☐ нет

Кожные покровы:

☐ обычные (нормальные) ☐ бледные ☐ гиперемированные ☐ желтушные ☐ сухие

Акроцианоз:

☐ есть ☐ нет

Мраморность:

☐ есть ☐ нет

Отеки:

☐ есть ☐ нет

Сыпь:

☐ есть ☐ нет

Дыхание:

☐ везикулярное ☐ жесткое ☐ ослабленное ☐ бронхиальное ☐ отсутствует

Хрипы:

☐ нет ☐ сухие ☐ влажные

Одышка:

☐ инспираторная ☐ экспираторная ☐ смешанная

Тоны сердца:

☐ ритмичные ☐ аритмичные ☐ ясные ☐ глухие

Шум:

☐ систолический ☐ диастолический ☐ трение перикарда

Пульс:

☐ нормальный ☐ ритмичный ☐ аритмичный ☐ напряженный ☐ слабого наполнения ☐ нитевидный ☐ отсутствует

Язык:

☐ влажный ☐ сухой ☐ чистый ☐ обложен

Живот:

☐ мягкий ☐ безболезненный ☐ вздут ☐ напряжен ☐ болезненный

участвует в акте дыхания:

☐ да ☐ нет

Симптомы раздражения брюшины:

☐ да ☐ нет

Печень:

☐ увеличена ☐ не увеличена

Мочеиспускание:

Стул:

Другие симптомы:

Признаки алкогольного опьянения:

☐ да ☐ нет

Признаки наркотического опьянения:

☐ да ☐ нет

	до терапии	после терапии	Дополнительные объективные данные. Локальный статус.
Раб. АД, мм. рт.ст.			
АД, мм. рт.ст.			
Пульс, уд. в мин.			ЭКГ до оказания медицинской помощи (указать время)
ЧСС, в мин.			
ЧД, в мин.			
T, °C			ЭКГ до оказания медицинской помощи (указать время)
Пульсоксиметрия			
Глюкометрия			

Диагноз:

код по МКБ-10

Осложнения:

Эффективность мероприятий при осложнении:

☐ осложнение устранено ☐ улучшение ☐ без эффекта

Оказанная помощь на месте вызова

Оказанная помощь в автомобиле СМП

Результат оказания скорой медицинской помощи:

☐ улучшение ☐ без эффекта ☐ ухудшение

Способ доставки больного в автомобиль СМП

перенесен: ☐ на носилках ☐ на других подручных средствах ☐ самостоятельно

Больной:

☐ нужд. в активном выезде через ____ час. ☐ подлежит активному посещению врачом пол-ки ☐ другое

Результат выезда:

километраж выезда

Примечания:

Врач (Фельдшер)

Старший врач смены

Заведующий подстанцией

КАРТА ПРОВЕРЕНА
результат экспертной оценки

подпись

подпись

подпись

таб.номер, ФИО

таб.номер, ФИО

таб.номер, ФИО