

Warszawa, dnia 26 kwietnia 2016 r.

Poz. 576

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

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.<sup>2)</sup>) 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*

---

<sup>1)</sup> 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).

<sup>2)</sup> 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)

**DANE PACJENTA** płeć: K  M   
**Imiona:** .....  
**Nazwisko:** .....  
**Adres miejsca zamieszkania:** .....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO\***  
**Imiona:** .....  
**Nazwisko:** .....  
**Adres miejsca zamieszkania:** .....

Miejsce udzielania świadczenia zdrowotnego

**PESEL\*:**

\* Rubrykę wypełnia się, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody na udzielenie jej świadczeń zdrowotnych.  
**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**

<b>OTWIERANIE OCZU</b>		
spontanicznie	4	
na głos	3	
na ból	2	
brak	1	
<b>REAKCJA SŁOWNNA</b>		
zorientowany	5	
spłątany	4	
niewłaściwe słowa	3	
nierozumiałe dźwięki	2	
brak	1	
<b>REAKCJA RUCHOWA</b>		
wykonuje polecenia	6	
lokalizacja bólu	5	
ucieczka od bólu	4	
zgięciowa	3	
wyprostna	2	
brak	1	
<b>SUMA</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**PEDIATRYCZNA SKALA GLASGOW**

<b>OTWIERANIE OCZU</b>		
spontanicznie	4	
na głos	3	
na ból	2	
brak	1	
<b>REAKCJA SŁOWNNA</b>		
mowa dziecienna	5	
pobudzony	4	
placz	3	
jęczenie	2	
brak	1	
<b>REAKCJA RUCHOWA</b>		
prawidłowe poruszanie się	6	
spełnia polecenia	5	
lokalizacja bólu	4	
zgięciowa	3	
wyprostna	2	
brak	1	
<b>SUMA</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**UKŁAD ODDECHOWY**

duszność	T	N
sinica	T	N
bezdech	T	N
szer	L	P
prawidłowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
furczenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
świsły	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trzaskanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rżenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brak szmeru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

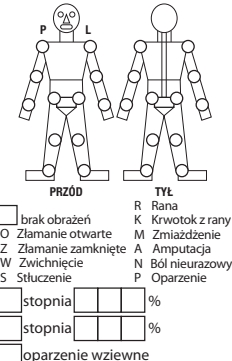
**ŻRENICZE**

**Reakcja na światło**

prawidłowa	L	P
powolna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Szerokość</b>	L	P
normalna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wąska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szeroła	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ŁĘTNO**

miarowe	<input type="checkbox"/>
niemirowe	<input type="checkbox"/>



**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
zasłabnięcie	T	N
<b>INNE</b>	T	N
cięża	T	N
poród	T	N
chor. zakaźna	T	N

**SKÓRA**

<b>Wygląd</b>	
w normie	<input type="checkbox"/>
blada	<input type="checkbox"/>
rumień	<input type="checkbox"/>
zażółcenie	<input type="checkbox"/>
sinica obw.	<input type="checkbox"/>
sinica centr.	<input type="checkbox"/>
<b>Wilgotność</b>	
w normie	<input type="checkbox"/>
wilgotna	<input type="checkbox"/>
sucha	<input type="checkbox"/>
<b>Temperatura</b>	
w normie	<input type="checkbox"/>
chłodna	<input type="checkbox"/>
ciepła	<input type="checkbox"/>

**JAMA BRZUSZNA**

w normie	<input type="checkbox"/>
bolesność palpacyjna	<input type="checkbox"/>
brak perystaltyki	<input type="checkbox"/>
objawy otrzewnowe	<input type="checkbox"/>

**TONY SERCA**

czyste/głośnie	<input type="checkbox"/>
stłumione	<input type="checkbox"/>
inne: .....	<input type="checkbox"/>

**EKG**

rytm zatokowy	<input 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"/>
inne: .....	<input type="checkbox"/>

**POMIAR CZASOWY**

gg:mm  :  :  :

RR (mmHg)

HR (min)

częstość oddechów (/min)

saturation(%)

EtCO<sub>2</sub>(%)

GCS (pkt)

poziom glukozy (mg%/mmol/l)

ból (1-10)

**NIEDOWŁAD / PORAZENIE**

kończyna górna	L	P
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kończyna dolna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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

**OPIS**

.....

**III - ROZPOZNANIE**

.....

**IV - UDZIELONE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

**CZYNNOŚCI**

odsysanie	<input type="checkbox"/>	tlenoter. bierna	<input type="checkbox"/>	kołnier	<input type="checkbox"/>	linia zyl. obw.	<input type="checkbox"/>
went. workiem	<input type="checkbox"/>	defibrylacja	<input type="checkbox"/>	deska ortoped	<input type="checkbox"/>	monitorowanie	<input type="checkbox"/>
rukka UG/NG	<input type="checkbox"/>	masaż serca	<input type="checkbox"/>	materac próż.	<input type="checkbox"/>		
intubacja	<input type="checkbox"/>	teletransmisja	<input type="checkbox"/>	unieruchomienie	<input type="checkbox"/>	inne: .....	
maska/rukka krt.	<input type="checkbox"/>	cewnikowanie	<input type="checkbox"/>	opatrunek	<input type="checkbox"/>		
respirator	<input type="checkbox"/>	sonda żołądkowa	<input type="checkbox"/>				

**ZASTOSOWANE PRODUKTY LECZNICZE ORAZ WYROBY MEDYCZNE**

nazwa	dawka, ilość	droga podania	gg:mm

**ZALECENIA / UWAGI**

**Postępowanie z pacjentem** gg:mm  :

<input type="checkbox"/> pozostał w miejscu zdarzenia	<input type="checkbox"/> przekazany zespołowi ratownictwa medycznego	<input type="checkbox"/> inne: .....
<input type="checkbox"/> oddał się samowolnie	<input type="checkbox"/> przekazany do szpitalnego oddziału ratunkowego	
<input type="checkbox"/> przekazany Policji	<input type="checkbox"/> przekazany do izby przyjęć	

**Kopię karty wydano:**  pacjentowi  podmiotowi leczniczemu  inne

**Data, podpis i pieczęć ratownika medycznego**

.....