

Einsatzprotokoll

Patientendaten		Einsatzdaten	
Name	.....	Datum	.....
Vorname	.....	Uhrzeit	.....
Geb.dat.	.....	Ort	.....
Strasse	.....		.....
Wohnort	.....	Ersthelfer 1	.....
Tel. Angehörige	.....	Ersthelfer 2	.....
<b>Atmung (Atemwege frei?)</b>	<input type="checkbox"/> Atemwege frei <input type="checkbox"/> Pfeifen ( <input type="checkbox"/> Einatmung   <input type="checkbox"/> Ausatmung ) <input type="checkbox"/> Fremdkörper-Aspiration		
<b>Belüftung</b>	<input type="checkbox"/> Keine Atemnot <input type="checkbox"/> Atemnot ( <input type="checkbox"/> leicht   <input type="checkbox"/> schwer ) <input type="checkbox"/> Atemstillstand <input type="checkbox"/> Blaufärbung ( <input type="checkbox"/> Lippen   <input type="checkbox"/> Haut ) ..... Uhr:    SpO2 .....% ..... Uhr:    SpO2 .....% <input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> Sauerstoff ..... Liter/Min. (Sonde   Brille   Maske)		
<b>Circulation (Kreislauf stabil?)</b>	..... Uhr:    Blutdruck ...../..... mmHg                    Puls ...../ Min. ..... Uhr:    Blutdruck ...../..... mmHg                    Puls ...../Min. <input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand <input type="checkbox"/> BLS 30:2 (Beginn: ..... Uhr) <input type="checkbox"/> AED ..... Mal		
<b>Disability</b>	<input type="checkbox"/> Bewusstseinsklar <input type="checkbox"/> Bewusstseinsgetrückt <input type="checkbox"/> Bewusstlos <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> ..... Pupillen: Form    li. <input type="checkbox"/> rund <input type="checkbox"/> entrundet            re. <input type="checkbox"/> rund <input type="checkbox"/> entrundet Grösse    li. <input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> weit    re. <input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> weit Lichtreakt. li. <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> nein    re. <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> nein Motorik: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Befund: ..... Sensibilität: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Befund: .....		
<b>Exposure</b>	<input type="checkbox"/> Haut normal <input type="checkbox"/> Haut heiss <input type="checkbox"/> Haut kalt <input type="checkbox"/> Sch weiss ( <input type="checkbox"/> kalt / <input type="checkbox"/> warm ) <input type="checkbox"/> Haut bleich <input type="checkbox"/> Haut grau <input type="checkbox"/> Haut gelb <input type="checkbox"/> Haut gerötet		
<b>Symptome</b>	.....		
<b>Allergien</b>	.....		
<b>Medikamente</b>	.....		
<b>Patientengeschichte</b>	.....		
<b>Letzte Mahlzeit</b>	.....		
<b>Ereignisse vor Beginn</b>	.....		
<b>Risikofaktoren</b>	.....		
<b>Unfallhergang</b>	.....		
<b>Bodycheck</b>	.....		
<b>Leitdiagnose</b>	.....		
<b>Massnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Seitenlagerung <input type="checkbox"/> Oberkörper hoch <input type="checkbox"/> Flachlagerung <input type="checkbox"/> Sitzend		
<b>Medikamente</b>	.....		
<b>Weitere</b>	.....		
<b>Patienteneffekten abgegeben an</b>	.....		
<b>Weiterbehandlung</b>	<input type="checkbox"/> Spital (Ambulanz   Taxi) <input type="checkbox"/> Arzt (Taxi   selbst) <input type="checkbox"/> Nach Hause (begleitet   allein)		