

Einsatzprotokoll

Patientendaten		Einsatzdaten	
Name	.....	Datum	.....
Vorname	.....	Uhrzeit	.....
Geb.dat.	.....	Ort	.....
Strasse	.....		.....
Wohnort	.....	Ersthelfer 1	.....
Tel. Angehörige	.....	Ersthelfer 2	.....
Atmung (Atemwege frei?)	<input type="checkbox"/> Atemwege frei <input type="checkbox"/> Pfeifen (<input type="checkbox"/> Einatmung <input type="checkbox"/> Ausatmung) <input type="checkbox"/> Fremdkörper-Aspiration		
Belüftung	<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)		
Circulation (Kreislauf stabil?)	..... 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
Disability	<input type="checkbox"/> Bewusstseinsklar <input type="checkbox"/> Bewusstseinsgetrübt <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:	
Exposure	<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		
Symptome	.....	
Allergien	.....	
Medikamente	.....	
Patientengeschichte	.....	
Letzte Mahlzeit	.....	
Ereignisse vor Beginn	.....	
Risikofaktoren	.....	
Unfallhergang	.....	
Bodycheck	.....	
Leitdiagnose	.....	
Massnahmen	<input type="checkbox"/> Seitenlagerung <input type="checkbox"/> Oberkörper hoch <input type="checkbox"/> Flachlagerung <input type="checkbox"/> Sitzend		
Medikamente	.....	
Weitere	.....	
Patienteneffekten	abgegeben an		
Weiterbehandlung	<input type="checkbox"/> Spital (Ambulanz | Taxi) <input type="checkbox"/> Arzt (Taxi | selbst) <input type="checkbox"/> Nach Hause (begleitet | allein)		