

Formulari i trajtimit të pacientit

DATA				Ekipi			
KOHA				SEKTORI			
				GPS VENDNDODHJA	Lat:		
					Long:		
TRAJTUAR NGA:		DETAJET E KONTAKTIT		Tel:			
KUALIFIKIMI:				Email:			
DETAJET E PACIENTIT							
EMRI		KOMBËSIA					
MOSHA		GJINIA		M/F			
DORËZO TEK:							
Vendas/familje	q	_____	Ekipi mjekësor	q	_____		
Ambulanc	q	_____	Helikopter	q	_____		
Spital	q	_____	Spitali fushor	q	_____		
Mortore	q	_____	Të tjera	q	_____		
Lloji i Bllokimit/Incidentit				Zbulimi i Parë Kontakti i parë me USAR Kontakti i parë fizik Nxjerrja		Data	Koha
LËNDIMET E IDENTIFIKUARA				Shto Detaje			
Trauma te forta	q	Trauma hapur	q				
Amputimi	q	Dehidratim	q				
Djegiet	q	Frakturat	q				
Thërrmim	q	Shpërthim	q				
Dëmtim në kokë	q	Të tjera	q				

SHENJAT JETËSORE (Kur është e aplikueshme)	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA
RITMI I FRYMËMARRJES									
PULSI									
TENSIONI									
AVPU/GCS									
GLUKOZA GJAKUT									
SPO2									
ETCO2									
Temperatura									
Dalja e urinës									
TË TJERA									
TRAJTIMI I DHËNË									
NDËRRHYRJET	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	
LËNGJET	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	TOTALI
MEDIKAMENTE	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	KOHA/DATA	TOTALI
INFORMACION SHITESE									
EMRI:	TITULLI:			NËNSHKRIMI:					