

присвоить самостоятельно

(наименование организации
здравоохранения)**Карта вызова бригады скорой медицинской помощи № 1230**

07 мая 2025 г.

1. Время: регистрации _____, передачи _____, прибытия на место _____, завершения 11:12, возвращения на станцию (отделение) _____
2. Адрес вызова бригады скорой медицинской помощи (далее, если не установлено иное, – СМП) Могилевская область, г. Могилев, Переулок Снежный, д.11
3. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) (далее – ФИО) пациента
Семенова Анастасия Петровна
4. Возраст (со слов обратившегося) _____ пол _____
5. Повод вызова бригады СМП острые нарушения дыхания
6. Приоритет вызова бригады СМП: экстренный, неотложный.
7. Вызывает _____, контактный телефон _____
8. Номер бригады СМП 123 врачебная, фельдшерская.
9. Уточненные сведения по документам, со слов: пациента, окружающих:
ФИО Семенова Анастасия Петровна
- Дата рождения 01.01.2024 возраст (при неизвестной дате рождения) _____ пол Женский
- Место жительства Могилевская область, г. Могилев, Переулок Снежный, д.11
- Место пребывания Могилевская область, г. Могилев, Переулок Снежный, д.11
- Идентификационный номер пациента Предоставленный тестовый идентификационный
10. Страховой полис: серия БВ номер 12345
- Дата выдачи 2025-01-01 срок действия 2025-01-01 по 2025-12-31
- Страховая организация Белгосстрах
11. Территориальная амбулаторно-поликлиническая организация (далее – АПО) по месту прикрепления _____
12. Вызов: первичный, повторный, попутный, амбулаторный, массовое мероприятие, консультация, спецмероприятие, платные услуги.
13. Безрезультатный выезд: вызов отменен, не найден пациент, не найден адрес, отказ от осмотра, ложный выезд, ремонт.
14. Дата и время начала приступа, ухудшения состояния, получения травмы
15. Травма: бытовая, криминальная, уличная (вследствие гололеда), производственная, спортивная, дорожно-транспортное происшествие, укус животного _____ насекомого _____ Заболевание (состояние), не связанное с травмой
16. Жалобы _____

Оборотная сторона

17. Анамнез заболевания _____

18. Перенесенные заболевания _____
19. Акушерско-гинекологический анамнез _____
20. Аллергия: нет, да _____
21. Объективные данные:
- 21.1. общее состояние: удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, клиническая смерть, биологическая смерть;
- 21.2. положение: активное, пассивное, вынужденное _____
- 21.3. поведение: спокойное, возбужденное, агрессивное _____
- 21.4. шкала ком Глазго _____ баллов _____
- 21.5. сознание: ясное, приглушенное, сопор, кома, отсутствует _____
- 21.6. неврологический статус:
- 21.6.1. зрачки: миоз, мидриаз, анизокория D__S, реакция на свет: да, нет;
- 21.6.2. речь: сохранена, отсутствует, нарушена _____
- 21.6.3. походка: свободная, нарушена, не оценивалась _____
- 21.6.4. лицо: симметричное, ассиметричное _____
- 21.6.5. нистагм: нет, горизонтальный, вертикальный _____
- 21.6.6. тонус мышц _____
- 21.6.7. патологические рефлексы _____
- 21.6.8. менингеальные знаки _____
- 21.6.9. плегии, парезы _____
- 21.7. кожа: нормальная, гиперемия, бледная, цианоз, холодная, теплая, сухая, влажная, желтушная, гипостатические пятна, температура тела 38.0, высыпания _____
- 21.8. слизистые _____ язык _____
- 21.9. артериальное давление (далее – АД) _____ мм. рт. ст., адаптированное АД _____ мм. рт. ст.;
- 21.10. тоны сердца: ритмичные, аритмичные, отсутствуют, ясные, глухие, шум: систолический, диастолический;
- 21.11. пульс 110 ударов в минуту, отсутствует; шоковый индекс _____
- 21.12. асцит: нет, да; периферические отеки: нет, да _____
- 21.13. частота дыхания 35 в минуту, дыхание: свободное, затрудненное, везикулярное, ослабленное, жесткое, поверхностное, пуэрильное, хрипы: сухие, влажные, справа, слева, шум трения плевры, патологическое, отсутствует Строковое значение: Инспираторная одышка, дыхание шумное, «лающий» кашель, хрипов нет
- Перкуссия легких: ясный легочной звук, притупление звука: справа, слева, коробочный звук: справа, слева _____
- запах алкоголя, запах ацетона _____
- 21.14. живот: участвует в акте дыхания, мягкий, напряженный, безболезненный, болезненный в области _____
- симптомы раздражения брюшины: нет, да _____
- перистальтика: да, нет _____
- 21.15. печень: не увеличена, увеличена _____
- 21.16. мочеиспускание не нарушено, нарушено: учащено _____, болезненное, задержка мочеиспускания _____,

Продолжение

стул не нарушен, нарушен: учащен _____, отсутствует _____

21.17. локальный статус (при описании травм указать характер (рана, ссадина, гематома и т.д.), количество, локализацию, форму, цвет, размер телесных повреждений):

21.18. электрокардиограмма (далее – ЭКГ) (1) до оказания медицинской помощи в ____ час ____ мин ритм синусовый, правильный, синусовая тахикардия

ЭКГ (2) после оказания медицинской помощи в ____ час ____ мин

21.19. гликемия (1) ____ ммоль/л, гликемия (2) ____ ммоль/л

21.20. сатурация (1) 98 %, сатурация (2) ____ %

22. Предварительный диагноз, установленный врачом (фельдшером) СМП _____

Основной: Острый ларинготрахеит комментарий: присвоить самостоятельно

Код по Международной классификации болезней Основной: J04.2

23. Отказ от оказания медицинской помощи , от медицинской транспортировки (эвакуации) (далее – транспортировка) в учреждение здравоохранения .

24. Медицинская помощь, оказанная на месте вызова и при транспортировке:

- ингаляция O₂ ____ л/мин, небулайзерная терапия, инфузионная терапия, иммобилизация, промывание желудка, остановка кровотечения, постановка ларингеальной маски, интубация трахеи, искусственная вентиляция легких аппаратная, мешком АМБУ, электроимпульсная терапия: _____ Дж _____ раз, наружная кардиостимуляция _____, венозный доступ периферическая вена, центральная вена, внутрикостный доступ.

Лекарственные средства, изделия медицинского назначения	Форма выпуска, размер	Количество	Путь введения (для лекарственных средств)	ФИО, подпись врача и фельдшера (для препаратов предметно-количественного учета)
Будесонид	Суспензия для ингаляций	2 мл	ингаляционный	

Оборотная сторона

25. Состояние пациента после оказания медицинской помощи: общее состояние _____, сознание _____, пульс _____ ударов в минуту, АД _____ мм. рт. ст., частота дыхания _____ в минуту, T°C _____ приступ: купирован, не купирован _____

26. Результат оказания медицинской помощи: улучшение, без эффекта, ухудшение _____

27. Смерть: в присутствии бригады СМП, до приезда бригады СМП

28. Результат выезда: оставлен на месте, передан бригаде СМП _____, транспортирован в организацию здравоохранения _____

29. Транспортировка бригадой СМП _____ / _____
(дата и время начала)

29.1. до автомобиля: передвигался самостоятельно, передвигался с поддержкой, перенесен: на носилках, на эвакуационном кресле, на руках;

29.2. из автомобиля: передвигался самостоятельно, передвигался с поддержкой, перенесен на: носилках, эвакуационном кресле, руках.

30. Положение пациента во время транспортировки: сидя, лежа, с приподнятым головным концом.

31. Состояние пациента во время транспортировки: _____, сознание _____, пульс _____ ударов в минуту, АД _____ мм. рт. ст., частота дыхания _____ в минуту.

Динамика: улучшение, без динамики, ухудшение.

32. Состояние пациента после транспортировки: _____, сознание _____, пульс _____ ударов в минуту, АД _____ мм. рт. ст., частота дыхания _____ в минуту.

Динамика: улучшение, без динамики, ухудшение.

33. Завершение транспортировки бригадой СМП _____ / _____
(дата и время завершения)

34. Организация здравоохранения: _____
35. Передача пациента медицинскому работнику _____ / _____
(дата) (время)
36. Медицинский работник, принявший пациента:
_____/_____/_____
(должность) (ФИО) (подпись)

37. Примечания _____

38. Километраж выезда _____ 39. Сообщение о пациенте:
 врачу (руководителю смен) _____, в АПО _____

40. Врач СМП/фельдшер _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Фельдшер _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Фельдшер _____ / _____
(подпись) (ФИО)

41. Карта проверена
Врач (руководитель смен) _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Заведующий подстанцией _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Примечание. Ведется на бумажном носителе или в виде электронного документа, оформленного в соответствии с законодательством об электронных документах и электронной цифровой подписи.

Приложение 1
к карте вызова бригады
скорой медицинской помощи

(наименование организации
здравоохранения)

Карта вызова бригады скорой медицинской помощи № _____
_____ 20__ г.

Транспортировка

(заполняется в случае оформления карты вызова бригады скорой медицинской помощи в электронном виде)

ФИО пациента _____

Дата рождения _____ или возраст _____ лет (месяцев)

Адрес вызова _____

Транспортирован в _____
(наименование организации здравоохранения)

Передача пациента медицинскому работнику _____ / _____
(дата) (время)

Медицинский работник, принявший пациента:
_____/_____/_____
(должность) (ФИО) (подпись)

Оборотная сторона

Отказ от оказания медицинской помощи, транспортировки бригадой СМП
в больничную организацию здравоохранения

Я, Семенов Петр Иванович _____,
(ФИО пациента, либо законного представителя, либо супруга(ги), близкого родственника пациента)

зарегистрированный по адресу: Могилевская область, г.Могилев, Переулок Снежный, д.11,
отказываюсь от транспортировки бригадой СМП в больницу организацию здравоохранения моего ребенка Семенову Анастасию Петровну.

(меня, моего супруга(ги), моего ребенка, моего близкого родственника (ФИО))

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о возможных последствиях моего отказа.

_____ 20__ г. _____ час. _____ мин.

/_____
(ФИО, подпись пациента, либо законного
представителя, либо супруга(ги), либо близкого
родственника)

/_____
(ФИО, подпись врача СМП/фельдшера)

Раздел заполняется в случае отказа пациента либо законного представителя от подписи

Гражданин _____
(ФИО полностью)

от подписи в отказе от оказания медицинской помощи, транспортировки бригадой СМП в больницу организацию здравоохранения отказался.

Информация о необходимости медицинского вмешательства с указанием возможных последствий отказа до его (ее) сведения доведена.

ФИО и подписи свидетелей (не менее 2)

/_____

/_____