KARTA UDZIELONEJ POMOCY

GR PCK ..... DNIA _____GODZ _____

POSZKODOWANY / Nazwisko i imię/

PRZYTOMNY☐ NIEPRZYTOMNY☐ CZYNNOŚCI ŻYCIOWE: TAK☐ NIE☐ GLASGOW .....

ADRES

PŁEĆ:☐M☐K WIEK:☐☐ PESEL☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

MIEJSCE: SEKTOR☐☐ PPM☐ INNE☐

NIE WYRAŻAM ZGODY NA UDZIELENIE POMOCY	
Podpis poszkodowanego lub opiekuna prawnego poszkodowanego	
Podpis świadka	

TRANSPORT:NIE☐ SAM☐ NOSZE☐ AMBULANS☐

ZUŻYTE ŚRODKI/MATERIAŁY

OPATRUNKI ☐.....

BANDAŻ ☐.....

CHUSTA ☐.....

FOLIA NRC ☐.....

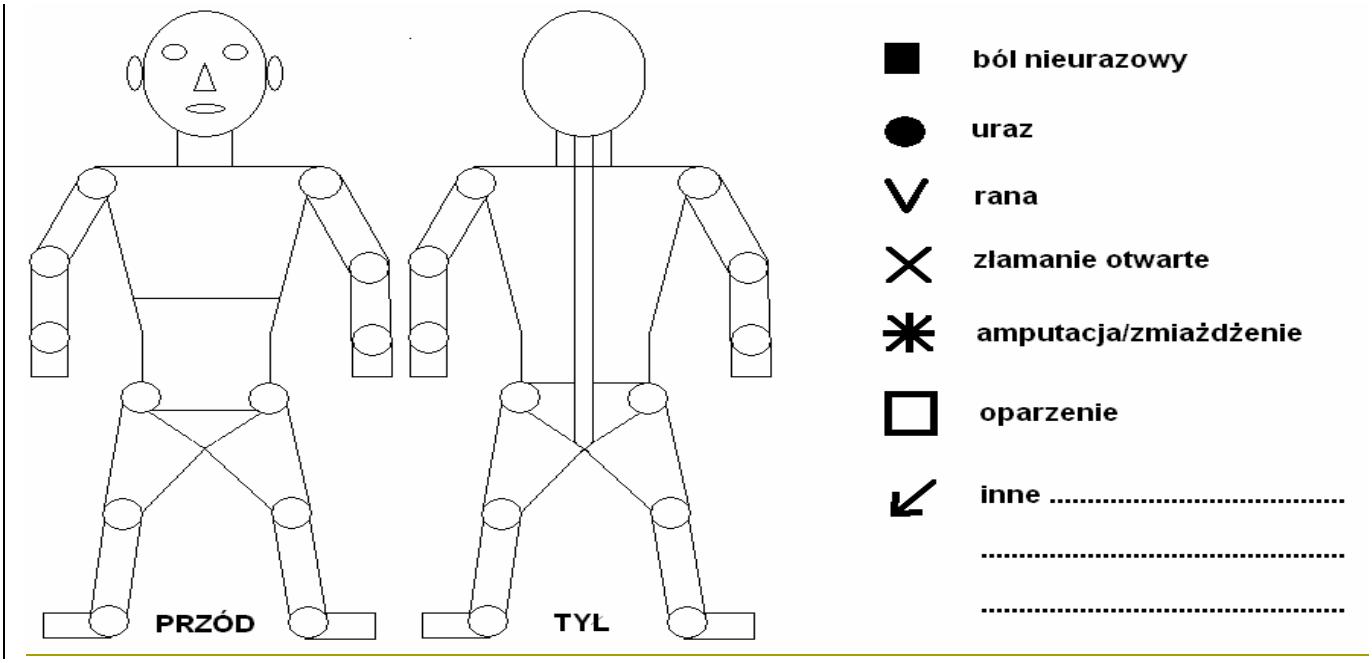
TLEN ☐.....

PARAMETRY ŻYCIOWE	1 g…..m…..	2 g…..m…..
TĘTNO / ODDECH		
TEMPERATURA		
CIŚNIENIE		
SATURACJA		

…… ☐.....

…… ☐.....

…… ☐.....



ZALECENIA:

……

……

……

…… .PODPIS RATOWNIKA

Dane zamieszczone w niniejszym druku podlegają ochronie zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883)