


## PRILOG 1.


## OBRAZAC ZA PRIJAM POZIVA

<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU:</b>						
<b>PRIJAM POZIVA HITNE MEDICINSKE SLUŽBE</b>						
Br. poziva	Dan	Datum	Vremena poziva			
			Prvi zvon	Prijam	Završetak	Predaja
Poziv primio		Indeks (Kriterij)			Poziv predao	
Način predaje:    TETRA <input type="checkbox"/> UKV <input type="checkbox"/> Interfon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Mob.						
<b>Pacijent</b>						
Ime i prezime				Dob	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	
<b>Mjesto intervencije</b>						
Grad		Adresa			Opis mjesta intervencije	
<b>Lokacija</b>						
Stan <input type="checkbox"/> Otvoreni javni prostor <input type="checkbox"/> Zatvoreni javni prostor <input type="checkbox"/> Ambulanta <input type="checkbox"/> Radno mjesto <input type="checkbox"/> Dom za skrb <input type="checkbox"/>						
Cesta <input type="checkbox"/> Autocesta <input type="checkbox"/> Sportsko - rekreacijski centar <input type="checkbox"/> PZZ <input type="checkbox"/> Obrazovna ustanova <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/>						
<b>Podaci o pozivatelju</b>						
Pozivatelj		Telefonski broj		Poziv preusmjeren preko 112 <input type="checkbox"/>		
Osobno <input type="checkbox"/> Obitelj <input type="checkbox"/> Očevidci <input type="checkbox"/> Zdravstveni radnici <input type="checkbox"/> Policija <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/>						
<b>Događaj</b>						
Prometna nesreća <input type="checkbox"/>		Broj pacijenata:		Broj mrtvih:		
Ozljeda koja nije nastala u prometu <input type="checkbox"/>						
Bolest <input type="checkbox"/>						
Otrovanje <input type="checkbox"/>		Odjavljeno <input type="checkbox"/>				
Trudnoća <input type="checkbox"/>		Razlog odjave:				
Vanjski prijevoz <input type="checkbox"/>						
Ostalo <input type="checkbox"/>						
Nepotrebna intervencija <input type="checkbox"/>						
- lažni poziv <input type="checkbox"/>						
- nema događaja <input type="checkbox"/>						
- nema pacijenta <input type="checkbox"/>						
<b>Nazočni</b>		<b>Dotatna transportna sredstva</b>		<b>Prijevoz</b>		
Zdravstv. radnici <input type="checkbox"/> Nema nazočnih <input type="checkbox"/>		Helikopter <input type="checkbox"/>		Zdravstvena ustanova <input type="checkbox"/> Bez prijevoza <input type="checkbox"/>		
Laici <input type="checkbox"/>		Zrakoplov <input type="checkbox"/>		Sanitetski prijevoz <input type="checkbox"/>		
Policija <input type="checkbox"/>		Plovilo <input type="checkbox"/>		Predaja timu <input type="checkbox"/> Odbio prijevoz <input type="checkbox"/>		
Druge službe <input type="checkbox"/>		Ostalo <input type="checkbox"/>		Kući <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/>		
<b>Vrsta tima</b>						
Liječnik		MS / MT		Vozač		Reg.oz. vozila
<b>Vremena tima</b>						
Polazak		Zaustavljanje		Dolazak		Odlazak
Predaja		Završetak		Povratak		Nastavak na drugu intervenciju <input type="checkbox"/>



## PRILOG 3.

## OBRAZAC ZA PRIMOPREDAJU CESTOVNOG VOZILA HITNE MEDICINE I MEDICINSKE OPREME


<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU:</b> _____				
<b>SJEDIŠTE/ISPOSTAVA:</b> _____				
<b>PRIMOPREDAJA CESTOVNOG VOZILA HITNE MEDICINE</b>				
<b>Reg. oznaka</b>	<b>Datum primopredaje</b>	<b>Sat primopredaje</b>		
Stanje brojila u kilometrima: _____				
Utočeno gorivo: _____ litara u _____ sati				
Provjera ulja:		DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Provjera vode za ispiranje prednjeg stakla:		DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Provjera signalnih uređaja:	svjetlo	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
	sirena	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Čistoća vozila:	izvana	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
	prostora za vozača	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
	prostor za pacijente	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Provjera TETRA mobilnog uređaja:		DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Provjera prenosive svjetiljke:		DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Provjera uređaja za gašenje požara:		DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Napomena:				
Predao vozač		Preuzeo vozač		
<b>PRIMOPREDAJA MEDICINSKE OPREME</b>				
<b>Medicinska oprema za imobilizaciju</b>				
1.	Daska / bočni fiksatori / remenje (4 kom.)*	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
2.	Ovratnici za odrasle. Komada _____	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravni <input type="checkbox"/>
3.	Ovratnici za djecu. Komada _____	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravni <input type="checkbox"/>
4.	Prsluk za imobilizaciju i izvlačenje	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
5.	Rasklopna nosila / bočni fiksatori / remenje (4 kom.)	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
6.	Set udloga za imobilizaciju	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravne <input type="checkbox"/>
7.	Vakuum madrac s ručnom crpkom	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>

\*Ne odnosi se na sustave vezanja poput „pauk“ remenja

<b>Medicinska oprema za transport</b>				
1.	Glavna nosila	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
2.	Kardiološka stolica	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
3.	Platnena nosila	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
<b>Medicinska oprema za primjenu kisika</b>				
1.	Boca za kisik zapremine 10 litara s manometrom i protokomjerom	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
2.	Prijenosna boca zapremine 2 litre s manometrom i protokomjerom	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
3.	Ovlaživač	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
4.	Ostala oprema za primjenu kisika	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
<b>Medicinski uređaji, dijagnostička oprema i pripadajući pribor</b>				
1.	Aspirator	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
2.	Defibrilator	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
3.	Transportni ventilator	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
4.	Grijač infuzije	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
5.	Kapnometar	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
6.	Pulsni oksimetar	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
7.	Glukometar	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
8.	Tlakomjer	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
9.	Termometar	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
10.	Ostalo	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Neispravno <input type="checkbox"/>
<b>Ostalo</b>				
1.	Medicinski setovi	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Neispravni <input type="checkbox"/>
2.	Osobna zaštitna oprema	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
3.	Pribor za uspostavu venskog pristupa, primjenu lijekova i infuzija	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Neispravni <input type="checkbox"/>
4.	Zavojni materijal	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Neispravno <input type="checkbox"/>
5.	Spremnik za oštre predmete	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
6.	Spremnik za infektivni otpad	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
7.	Spremnik za komunalni otpad	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
Napomena:				
Predao MS / MT		Preuzeo MS / MT		

## PRILOG 4.

## OBRAZAC O IZVANREDNOM DOGAĐAJU

<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU:</b> _____	
<b>SJEDIŠTE/ISPOSTAVA:</b> _____	
<b>OBRAZAC O IZVANREDNOM DOGAĐAJU</b>	
IME I PREZIME: _____	
RADNO MJESTO: _____	
Izjavljujem da se dana: _____ u _____ (datum) (mjesto događaja)	
dogodilo slijedeće:	
<b>OPIS DOGAĐAJA</b>	
U _____ (mjesto, datum)	_____ (ime i prezime djelatnika)
	_____ potpis

## PRILOG 5.

## OBRAZAC ZA TRIJAŽU KOD VEĆIH NESREĆA

<b>TRIAŽNI KARTON</b> Br. 00001	<b>MINISTARSTVO ZDRAVLJA</b> <b>REPUBLIKE HRVATSKE</b> <b>TRIAŽNI KARTON</b> <b>Br. 00001</b>	<b>KONTAMINACIJA</b> Br. 00001
USTANOVA: _____		
<input type="checkbox"/> SVI OZLIJEĐENI KOJI SU POKRETNI <span style="float: right; background-color: #cccccc; padding: 2px 10px;"><b>III.</b></span>		<b>KONTAMINACIJA</b> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <div style="text-align: center;">   <b>KEMIJSKA</b> </div> <div style="text-align: center;">   <b>BIOLOŠKA</b> </div> <div style="text-align: center;">   <b>RADIJACIJSKA</b> </div>
<input type="checkbox"/> NEMA DISANJA NAKON OTVARANJA DIŠNOG PUTA <span style="float: right; background-color: black; color: white; padding: 2px 10px;"><b>IV.</b></span>		
<input type="checkbox"/> RESPIRACIJA: > 30/min ili < 10/min <span style="float: right; background-color: #666666; color: white; padding: 2px 10px;"><b>I.</b></span>		
<input type="checkbox"/> PERFUZIJA: NEMA RADIJALNOG PULSA ILI KAPILARNO PUNJENJE > 2" <span style="float: right; background-color: #666666; color: white; padding: 2px 10px;"><b>I.</b></span>		
<input type="checkbox"/> MENTALNI STATUS: NE MOŽE IZVRŠAVATI JEDNOSTAVNE ZAPOVIJEDI <span style="float: right; background-color: #666666; color: white; padding: 2px 10px;"><b>I.</b></span>		
<input type="checkbox"/> OSTALO <span style="float: right; background-color: #cccccc; padding: 2px 10px;"><b>II.</b></span>		
<input type="checkbox"/> OTVORENA OZLJEDA TRBUHA <input type="checkbox"/> VANJSKO KRVARENJE IZ VELIKIH KRVNIH ŽILA <input type="checkbox"/> UNUTARNJE KRVARENJE <input type="checkbox"/> OPEKLINE <input type="checkbox"/> CRUSH SINDROM <input type="checkbox"/> OTVORENA OZLJEDA PRSNOG KOŠA <input type="checkbox"/> UGROŽENA RESPIRACIJA <input type="checkbox"/> OZLJEDA GLAVE		<input type="checkbox"/> OZLJEDA VRATNE KRALJEŽNICE <input type="checkbox"/> OTVORENI PRIJELOM KOSTI <input type="checkbox"/> ZATVORENI PRIJELOM KOSTI <input type="checkbox"/> ŠOK <input type="checkbox"/> AKUTNO OTROVANJE <input type="checkbox"/> OZLJEDE MALIH KOSTIJU I ZGLOBOVA <input type="checkbox"/> OGREBOTINE I MANJE OZLJEDE <input type="checkbox"/> OSTALO
TRIJAŽA:		ZBRINJAVANJE:
IV.		
I.		Br. 00001
II.		Br. 00001
III.		Br. 00001

○

MJESTO DOGAĐAJA : \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      VRIJEME: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

VITALNI ZNAKOVI			
VRIJEME	RR	PULS	RESPIRACIJA

LIJEKOVI		
VRIJEME	LIJEKOVI / INFUZIJSKE OTOPINE	DOZA

STANJE SVIJESTI:     ORJENTIRAN     DEZORJENTIRAN     BEZ SVIJESTI

DOB: \_\_\_\_\_      SPOL:  MUŠKI     ŽENSKI

IME I PREZIME PACIJENTA : \_\_\_\_\_

ADRESA : \_\_\_\_\_

GRAD : \_\_\_\_\_      TELEFON: \_\_\_\_\_

VRIJEME POČETKA TRANSPORTA : \_\_\_\_\_      TIM BROJ: \_\_\_\_\_

VRIJEME PREDAJE U BOLNICU : \_\_\_\_\_

NAZIV BOLNICE : \_\_\_\_\_      ODJEL: \_\_\_\_\_

NAPOMENE:

---

IV.

I.

II.

III.

STRAŽNJA STRANA


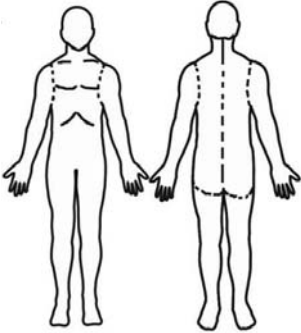

## PRILOG 6.

## OBRAZAC MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O PACIJENTU – LISTA A ZA DOKTORE MEDICINE TIM 1

Područni ured <b>OIB</b>	Broj osigurane osobe <b>MBO</b>	<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU</b>																																																																																																																					
Kategorija osiguranja Država Ime i prezime Adresa Izabrani liječnik	Indikator osiguranja Broj dokumenta Datum rođenja Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	Datum Dolazak Broj nalaza	Mjesto intervencije																																																																																																																				
<b>VRIJEME PREGLEDA</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1.</th> <th>2.</th> <th>3.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>FREKVENCIA DISANJA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PULS</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>KAPILARNO PUNJENJE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO<sub>2</sub></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>EtCO<sub>2</sub></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TA</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GUK</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			1.	2.	3.	FREKVENCIA DISANJA				RR				PULS				KAPILARNO PUNJENJE				SpO <sub>2</sub>				EtCO <sub>2</sub>				TA				TR				GUK																																																																																	
	1.	2.	3.																																																																																																																				
FREKVENCIA DISANJA																																																																																																																							
RR																																																																																																																							
PULS																																																																																																																							
KAPILARNO PUNJENJE																																																																																																																							
SpO <sub>2</sub>																																																																																																																							
EtCO <sub>2</sub>																																																																																																																							
TA																																																																																																																							
TR																																																																																																																							
GUK																																																																																																																							
<b>STANJE SVIJESTI</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>ZJENICA DESNA</th> <th>ZJENICA LIJEVA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A- BUDAN</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>V- REAGIRA NA POZIV</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>P- REAGIRA NA BOLNI PODRAŽAJ</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>U- NE REAGIRA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			ZJENICA DESNA	ZJENICA LIJEVA	A- BUDAN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V- REAGIRA NA POZIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P- REAGIRA NA BOLNI PODRAŽAJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U- NE REAGIRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> KONTUZIJA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> POVRŠINSKA OZLJEDA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> OTVORENA RANA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> ZATVORENI PRIJELOM</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> OTVORENI PRIJELOM</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> OPEKLINA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> IŠČAŠENJE</td></tr> </tbody> </table>		<input type="checkbox"/> KONTUZIJA	<input type="checkbox"/> POVRŠINSKA OZLJEDA	<input type="checkbox"/> OTVORENA RANA	<input type="checkbox"/> ZATVORENI PRIJELOM	<input type="checkbox"/> OTVORENI PRIJELOM	<input type="checkbox"/> OPEKLINA	<input type="checkbox"/> IŠČAŠENJE																																																																																														
	ZJENICA DESNA	ZJENICA LIJEVA																																																																																																																					
A- BUDAN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
V- REAGIRA NA POZIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
P- REAGIRA NA BOLNI PODRAŽAJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
U- NE REAGIRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> KONTUZIJA																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> POVRŠINSKA OZLJEDA																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> OTVORENA RANA																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ZATVORENI PRIJELOM																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> OTVORENI PRIJELOM																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> OPEKLINA																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> IŠČAŠENJE																																																																																																																							
<b>DIŠNI PUT</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DISANJE</th> <th>POSTUPCI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. OTVOREN</td><td>1. BEZ POSTUPAKA</td></tr> <tr><td>2. DIELOMIČNA OPSTR.</td><td>2. O. NOSNI KATETER</td></tr> <tr><td>3. POTPUNA OPSTR.</td><td>3. ČIŠĆENJE DIŠNOG PUTA</td></tr> <tr><td>4. OSTALO</td><td>4. OROFARINGEALNI TUBUS</td></tr> <tr><td></td><td>5. NAZOFARINGEALNI TUBUS</td></tr> <tr><td></td><td>6. SUPRAGLOTIČNO POMAGALO</td></tr> <tr><td></td><td>7. ENDOTRAHEALNA INTUBACIJA</td></tr> <tr><td></td><td>8. ASISTIRANO DISANJE</td></tr> <tr><td></td><td>9. KONTROLIRANO DISANJE</td></tr> <tr><td></td><td>10. MEHANIČKA VENTILACIJA</td></tr> <tr><td></td><td>11. NIV</td></tr> <tr><td></td><td>12. KRİKOTIROIDOTOMIJA</td></tr> <tr><td></td><td>13. OSTALO</td></tr> </tbody> </table>		DISANJE	POSTUPCI	1. OTVOREN	1. BEZ POSTUPAKA	2. DIELOMIČNA OPSTR.	2. O. NOSNI KATETER	3. POTPUNA OPSTR.	3. ČIŠĆENJE DIŠNOG PUTA	4. OSTALO	4. OROFARINGEALNI TUBUS		5. NAZOFARINGEALNI TUBUS		6. SUPRAGLOTIČNO POMAGALO		7. ENDOTRAHEALNA INTUBACIJA		8. ASISTIRANO DISANJE		9. KONTROLIRANO DISANJE		10. MEHANIČKA VENTILACIJA		11. NIV		12. KRİKOTIROIDOTOMIJA		13. OSTALO	<b>MEHANIZAM OZLJEDE</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>1. GENERALIZIRANI</td><td>2. LOKALIZIRANI</td></tr> <tr><td>3. ZNAČAJAN</td><td>4. NIJE ZNAČAJAN</td></tr> </tbody> </table>		1. GENERALIZIRANI	2. LOKALIZIRANI	3. ZNAČAJAN	4. NIJE ZNAČAJAN																																																																																				
DISANJE	POSTUPCI																																																																																																																						
1. OTVOREN	1. BEZ POSTUPAKA																																																																																																																						
2. DIELOMIČNA OPSTR.	2. O. NOSNI KATETER																																																																																																																						
3. POTPUNA OPSTR.	3. ČIŠĆENJE DIŠNOG PUTA																																																																																																																						
4. OSTALO	4. OROFARINGEALNI TUBUS																																																																																																																						
	5. NAZOFARINGEALNI TUBUS																																																																																																																						
	6. SUPRAGLOTIČNO POMAGALO																																																																																																																						
	7. ENDOTRAHEALNA INTUBACIJA																																																																																																																						
	8. ASISTIRANO DISANJE																																																																																																																						
	9. KONTROLIRANO DISANJE																																																																																																																						
	10. MEHANIČKA VENTILACIJA																																																																																																																						
	11. NIV																																																																																																																						
	12. KRİKOTIROIDOTOMIJA																																																																																																																						
	13. OSTALO																																																																																																																						
1. GENERALIZIRANI	2. LOKALIZIRANI																																																																																																																						
3. ZNAČAJAN	4. NIJE ZNAČAJAN																																																																																																																						
<b>KRVOTOK</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>1. BEZ POREMEĆAJA</td><td>4. KOŽA</td></tr> <tr><td>2. KRVARENJE</td><td>NORMALNA</td></tr> <tr><td>3. PULS</td><td>CIJANOTIČNA</td></tr> <tr><td></td><td>BIJEDA</td></tr> <tr><td></td><td>HIPEREMIČNA</td></tr> <tr><td></td><td>TOPLA</td></tr> <tr><td></td><td>HLADNA</td></tr> <tr><td></td><td>SUHA</td></tr> <tr><td></td><td>VLAŽNA</td></tr> <tr><td></td><td>5. OSTALO</td></tr> </tbody> </table>		1. BEZ POREMEĆAJA	4. KOŽA	2. KRVARENJE	NORMALNA	3. PULS	CIJANOTIČNA		BIJEDA		HIPEREMIČNA		TOPLA		HLADNA		SUHA		VLAŽNA		5. OSTALO	<b>BOL</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>1. BEZ POSTUPAKA</td><td>4. EKG MONITOR</td></tr> <tr><td>2. VENSKI PUT</td><td>5. 12-KANALNI EKG</td></tr> <tr><td>JEDAN</td><td>6. VANJSKA MASAŽA SRCA</td></tr> <tr><td>DVA</td><td>7. DEFIBRILACIJA</td></tr> <tr><td>VIŠE</td><td>8. TRANSKUTANA ELEKTROSTIMULACIJA</td></tr> <tr><td>NEUSPIJEŠNO</td><td>9. SINKRONIZIRANA KARDIOVERZIJA</td></tr> <tr><td>3. INTRAOSEALNI PUT</td><td>10. OSTALO</td></tr> </tbody> </table>		1. BEZ POSTUPAKA	4. EKG MONITOR	2. VENSKI PUT	5. 12-KANALNI EKG	JEDAN	6. VANJSKA MASAŽA SRCA	DVA	7. DEFIBRILACIJA	VIŠE	8. TRANSKUTANA ELEKTROSTIMULACIJA	NEUSPIJEŠNO	9. SINKRONIZIRANA KARDIOVERZIJA	3. INTRAOSEALNI PUT	10. OSTALO																																																																																		
1. BEZ POREMEĆAJA	4. KOŽA																																																																																																																						
2. KRVARENJE	NORMALNA																																																																																																																						
3. PULS	CIJANOTIČNA																																																																																																																						
	BIJEDA																																																																																																																						
	HIPEREMIČNA																																																																																																																						
	TOPLA																																																																																																																						
	HLADNA																																																																																																																						
	SUHA																																																																																																																						
	VLAŽNA																																																																																																																						
	5. OSTALO																																																																																																																						
1. BEZ POSTUPAKA	4. EKG MONITOR																																																																																																																						
2. VENSKI PUT	5. 12-KANALNI EKG																																																																																																																						
JEDAN	6. VANJSKA MASAŽA SRCA																																																																																																																						
DVA	7. DEFIBRILACIJA																																																																																																																						
VIŠE	8. TRANSKUTANA ELEKTROSTIMULACIJA																																																																																																																						
NEUSPIJEŠNO	9. SINKRONIZIRANA KARDIOVERZIJA																																																																																																																						
3. INTRAOSEALNI PUT	10. OSTALO																																																																																																																						
<b>EKG</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>SINUS RITAM</td><td>YES</td></tr> <tr><td>SVES</td><td>POLIMORFNE VES</td></tr> <tr><td>SVT</td><td>VT</td></tr> <tr><td>FA</td><td>VF</td></tr> <tr><td>ASISTOLIJA</td><td>BRADIKARDIJA</td></tr> <tr><td>EMD (PEA)</td><td>BDG</td></tr> <tr><td>AVB I st.</td><td>BLG</td></tr> <tr><td>AVB II st.</td><td>STEMI</td></tr> <tr><td>AVB III st.</td><td>OSTALO</td></tr> </tbody> </table>		SINUS RITAM	YES	SVES	POLIMORFNE VES	SVT	VT	FA	VF	ASISTOLIJA	BRADIKARDIJA	EMD (PEA)	BDG	AVB I st.	BLG	AVB II st.	STEMI	AVB III st.	OSTALO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>S</td><td>-</td></tr> <tr><td>A</td><td>-</td></tr> <tr><td>M</td><td>-</td></tr> <tr><td>P</td><td>-</td></tr> <tr><td>L</td><td>-</td></tr> <tr><td>E</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>		S	-	A	-	M	-	P	-	L	-	E	-																																																																																						
SINUS RITAM	YES																																																																																																																						
SVES	POLIMORFNE VES																																																																																																																						
SVT	VT																																																																																																																						
FA	VF																																																																																																																						
ASISTOLIJA	BRADIKARDIJA																																																																																																																						
EMD (PEA)	BDG																																																																																																																						
AVB I st.	BLG																																																																																																																						
AVB II st.	STEMI																																																																																																																						
AVB III st.	OSTALO																																																																																																																						
S	-																																																																																																																						
A	-																																																																																																																						
M	-																																																																																																																						
P	-																																																																																																																						
L	-																																																																																																																						
E	-																																																																																																																						
<b>GKS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>OTVARANJE OČIJU</td><td>SPONTANO NA POZIV</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>NA BOL</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>BEZ ODGOVORA</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>VERBALNI ODGOVOR</td><td>ORIJENTIRAN</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>SMETEN</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>NESUVISLE RJEČI</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>NEKRAZUMLJIVI ZVUCI</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>BEZ ODGOVORA</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>MOTORNI ODGOVOR</td><td>SLUŠA NAREDBE</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>LOKALIZIRA BOL</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>POVLACENJE FLEKSIIJA</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>EKSTENZIJA</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>BEZ ODGOVORA</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>1</td><td></td></tr> </tbody> </table>		OTVARANJE OČIJU	SPONTANO NA POZIV	4			NA BOL	3			BEZ ODGOVORA	1		VERBALNI ODGOVOR	ORIJENTIRAN	5			SMETEN	4			NESUVISLE RJEČI	3			NEKRAZUMLJIVI ZVUCI	2			BEZ ODGOVORA	1		MOTORNI ODGOVOR	SLUŠA NAREDBE	6			LOKALIZIRA BOL	5			POVLACENJE FLEKSIIJA	4			EKSTENZIJA	3			BEZ ODGOVORA	2				1		<b>rTS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>FREKVENCIA DISANJA/min</td><td>10-29</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>&gt;29</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>6-9</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>1-5</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>SISTOLIČKI KRVNI TLAK /mmHg</td><td>&gt;89</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>76-89</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>50-75</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>1-49</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>GKS</td><td>13-15</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>9-12</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>6-8</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>4-5</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>3</td><td>0</td><td></td></tr> </tbody> </table>		FREKVENCIA DISANJA/min	10-29	4			>29	3			6-9	2			1-5	1			0	0		SISTOLIČKI KRVNI TLAK /mmHg	>89	4			76-89	3			50-75	2			1-49	1			0	0		GKS	13-15	4			9-12	3			6-8	2			4-5	1			3	0	
OTVARANJE OČIJU	SPONTANO NA POZIV	4																																																																																																																					
	NA BOL	3																																																																																																																					
	BEZ ODGOVORA	1																																																																																																																					
VERBALNI ODGOVOR	ORIJENTIRAN	5																																																																																																																					
	SMETEN	4																																																																																																																					
	NESUVISLE RJEČI	3																																																																																																																					
	NEKRAZUMLJIVI ZVUCI	2																																																																																																																					
	BEZ ODGOVORA	1																																																																																																																					
MOTORNI ODGOVOR	SLUŠA NAREDBE	6																																																																																																																					
	LOKALIZIRA BOL	5																																																																																																																					
	POVLACENJE FLEKSIIJA	4																																																																																																																					
	EKSTENZIJA	3																																																																																																																					
	BEZ ODGOVORA	2																																																																																																																					
		1																																																																																																																					
FREKVENCIA DISANJA/min	10-29	4																																																																																																																					
	>29	3																																																																																																																					
	6-9	2																																																																																																																					
	1-5	1																																																																																																																					
	0	0																																																																																																																					
SISTOLIČKI KRVNI TLAK /mmHg	>89	4																																																																																																																					
	76-89	3																																																																																																																					
	50-75	2																																																																																																																					
	1-49	1																																																																																																																					
	0	0																																																																																																																					
GKS	13-15	4																																																																																																																					
	9-12	3																																																																																																																					
	6-8	2																																																																																																																					
	4-5	1																																																																																																																					
	3	0																																																																																																																					
<b>UKUPNO</b>		<b>OSTALA STANJA / NALAZI / PRIMJEDBE</b>																																																																																																																					
<b>NACA (1-7)</b>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>LIJEKOVI</th> <th>VRJEME</th> <th>KOLIČINA</th> <th>PUT PRIM.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NAZIV</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		LIJEKOVI	VRJEME	KOLIČINA	PUT PRIM.	NAZIV																																																																																																															
LIJEKOVI	VRJEME	KOLIČINA	PUT PRIM.																																																																																																																				
NAZIV																																																																																																																							
<b>TRANSPORTNI POLOŽAJ</b>		<b>ODBLJANJE INTERVENCIJE HMS</b>																																																																																																																					
		ODBIO PREGLED <input type="checkbox"/> ODBIO SKRB <input type="checkbox"/> ODBIO PRIJEVOZ <input type="checkbox"/>																																																																																																																					
<b>ZAVRŠETAK INTERVENCIJE</b>		POTPIS PACIJENTA _____																																																																																																																					
RECEPT <input type="checkbox"/> UPUTNICA <input type="checkbox"/> BOLNICA <input type="checkbox"/> ODJEL <input type="checkbox"/>		POTPIS I PEČAT LIJEČNIKA: _____ M.P.																																																																																																																					
PRÉDAJA TIMU <input type="checkbox"/> BEZ PRÉIJEVOZA <input type="checkbox"/> OSTALO <input type="checkbox"/>																																																																																																																							




OBRAZAC MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O PACIJENTU – LISTA B ZA MEDICINSKE SESTRE –  
MEDICINSKE TEHNIČARE TIM 2

Područni ured		Broj osigurane osobe		ZAVOD ZA HITNU MEDICINU			
OIB		MBO					
Kategorija osiguranja		Indikator osiguranja					
Država		Broj dokumenta		Datum		Dolazak	
Ime i prezime		Datum rođenja		Spol		Broj nalaza	
				M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>		Mjesto intervencije	
Adresa							
Izabrani liječnik							<input type="checkbox"/> KONTUZIJA <input type="checkbox"/> POVRŠINSKA OZLJEDA <input type="checkbox"/> OTVORENA RANA <input checked="" type="checkbox"/> ZATVORENI PRIJELOM <input type="checkbox"/> OTVORENI PRIJELOM <input type="checkbox"/> OPEKLINA <input type="checkbox"/> IŠČAŠENJE <b>POSTUPCI</b> 1. BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/> 2. PRVI ZAVOJ <input type="checkbox"/> 3. HEMOSTAZA: DIREKTAN PRITISAK <input type="checkbox"/> KOMPRESIVNI ZAVOJ <input type="checkbox"/> HVATALJK ZA KRVNU ŽILU <input type="checkbox"/> POVESKA <input type="checkbox"/> 4. IMOBILIZACIJA: OVRATNIK <input type="checkbox"/> PRŠUK ZA IMOBIL. I IZVLAČENJE <input type="checkbox"/> RASKLOPNA NOSILA <input type="checkbox"/> VAKUUM MADRAC <input type="checkbox"/> DUGA DASKA <input type="checkbox"/> VAKUUM UDLAGE <input type="checkbox"/> KRAMEROVE UDLAGE <input type="checkbox"/> 5. OSTALO <input type="checkbox"/>
VRJEME PREGLEDA		1.		2.			1. GENERALIZIRANI <input type="checkbox"/>
FREKVENCIJA DISANJA							2. LOKALIZIRANI <input type="checkbox"/>
RR							3. ZNAČAJAN <input type="checkbox"/>
PULS							4. NIE ZNAČAJAN <input type="checkbox"/>
KAPILARNO PUNJENJE							
SpO <sub>2</sub>		EiCO <sub>2</sub>					
TA		TR					
GUK							
STANJE SVIJESTI		ZJENICA DESNA		ZJENICA LIJEVA			
A- BUDAN <input type="checkbox"/>		NORMALNA <input type="checkbox"/>		NORMALNA <input type="checkbox"/>			
V- REAGIRA NA POZIV <input type="checkbox"/>		MIOZA <input type="checkbox"/>		MIOZA <input type="checkbox"/>			
P- REAGIRA NA BOLNI PODRAŽAJ <input type="checkbox"/>		MIDRIJAZA <input type="checkbox"/>		MIDRIJAZA <input type="checkbox"/>			
U- NE REAGIRA <input type="checkbox"/>		DEFORMIRANA <input type="checkbox"/>		DEFORMIRANA <input type="checkbox"/>			
		REAGIRA NA SVJETLO <input type="checkbox"/>		REAGIRA NA SVJETLO <input type="checkbox"/>			
DIŠNI PUT		DISANJE		POSTUPCI			
OTVOREN <input type="checkbox"/>		NORMALNO <input type="checkbox"/>		1. BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/>		6. SUPRAGLOTIČNO POMAGALO <input type="checkbox"/>	
DIELOMIČNA OPSTR. <input type="checkbox"/>		NEPRAVILNO <input type="checkbox"/>		2. O <sub>2</sub> NOSNI KATETER <input type="checkbox"/>		7. ASISTIRANO DISANJE <input type="checkbox"/>	
POTPUNA OPSTR. <input type="checkbox"/>		USPORENO <input type="checkbox"/>		3. ČIŠĆENJE DIŠNOG PUTA <input type="checkbox"/>		8. KONTROLIRANO DISANJE <input type="checkbox"/>	
OSTALO <input type="checkbox"/>		UBRZANO <input type="checkbox"/>		4. OROFARINGEALNI TUBUS <input type="checkbox"/>		9. OSTALO <input type="checkbox"/>	
		ODSUTNO <input type="checkbox"/>		5. NAZOFARINGEALNI TUBUS <input type="checkbox"/>			
		OSTALO <input type="checkbox"/>					
KRVOTOK				POSTUPCI		BOL	
1. BEZ POREMEĆAJA <input type="checkbox"/>		4. KOŽA <input type="checkbox"/>		1. BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/>		1. BEZ BOLI (0) <input type="checkbox"/>	
2. KRVARENJE <input type="checkbox"/>		NORMALNA <input type="checkbox"/>		2. VENSKI PUT <input type="checkbox"/>		2. BLAGA BOL (1-3) <input type="checkbox"/>	
3. PULS <input type="checkbox"/>		CIJANOTIČNA <input type="checkbox"/>		JEDAN <input type="checkbox"/>		3. UMERENA BOL (4-6) <input type="checkbox"/>	
PRAVILAN <input type="checkbox"/>		BIJEDA <input type="checkbox"/>		DVA <input type="checkbox"/>		4. JAKA BOL (7-10) <input type="checkbox"/>	
NEPRAVILAN <input type="checkbox"/>		HIPEREMIČNA <input type="checkbox"/>		VIŠE <input type="checkbox"/>			
UBRZAN <input type="checkbox"/>		TOPLA <input type="checkbox"/>		NEUSPJEŠNO <input type="checkbox"/>			
USPOREN <input type="checkbox"/>		HLADNA <input type="checkbox"/>		3. INTRAOSEALNI PUT <input type="checkbox"/>			
PERIFERNO ODSUTAN <input type="checkbox"/>		SUHA <input type="checkbox"/>					
CENTRALNO ODSUTAN <input type="checkbox"/>		VLAŽNA <input type="checkbox"/>					
		5. OSTALO <input type="checkbox"/>					
S –							
A –							
M –							
P –							
L –							
E –							
GKS		rTS		OSTALA STANJA / NALAZI / PRIMJEDBE			
OTVARANJE OČJU		SPONTANO NA POZIV NA BOL BEZ ODGOVORA		FREKVENCIJA DISANJA/min			
		4 <input type="checkbox"/>		10-29		4 <input type="checkbox"/>	
		3 <input type="checkbox"/>		>29		3 <input type="checkbox"/>	
		2 <input type="checkbox"/>		6-9		2 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>		1-5		1 <input type="checkbox"/>	
				0		0 <input type="checkbox"/>	
VERBALNI ODGOVOR		ORIJENTIRAN SMETEN NESUVISLE RJEČI NERAZUMLJIVI ZVUCI BEZ ODGOVORA		SISTOLIČKI KRVNI TLAK /mmHg			
		5 <input type="checkbox"/>		>89		4 <input type="checkbox"/>	
		4 <input type="checkbox"/>		76-89		3 <input type="checkbox"/>	
		3 <input type="checkbox"/>		50-75		2 <input type="checkbox"/>	
		2 <input type="checkbox"/>		1-49		1 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>		0		0 <input type="checkbox"/>	
MOTORNI ODGOVOR		SLUŠA NAREDBE LOKALIZIRA BOL POVLAČENJE FLEKSJA EKSTENZIJA BEZ ODGOVORA		GKS			
		6 <input type="checkbox"/>		13-15		4 <input type="checkbox"/>	
		5 <input type="checkbox"/>		9-12		3 <input type="checkbox"/>	
		4 <input type="checkbox"/>		6-8		2 <input type="checkbox"/>	
		3 <input type="checkbox"/>		4-5		1 <input type="checkbox"/>	
		2 <input type="checkbox"/>		3		0 <input type="checkbox"/>	
		1 <input type="checkbox"/>					
UKUPNO		UKUPNO		UKUPNO			
NACA (1-7)							
TRANSPORTNI POLOŽAJ				ODBLJANJE INTERVENCIJE HMS			
				ODBIO PREGLED <input type="checkbox"/>		ODBIO SKRB <input type="checkbox"/>	
				ODBIO PRIJEVOZ <input type="checkbox"/>			
ZAVRŠETAK INTERVENCIJE				POTPIS PACIJENTA			
BOLNICA		ODJEL		POTPIS MS-MT:			
PREDAJA TIMU <input type="checkbox"/>		BEZ PRIJEVOZA <input type="checkbox"/>		OSTALO <input type="checkbox"/>			

## PRILOG 7.

## OBRAZAC ZA PRAĆENJE POSTUPKA OŽIVLJAVANJA (UTSTEIN OBRAZAC)

<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU:</b> _____					
<b>SJEDIŠTE/ISPOSTAVA:</b> _____					
<b>OBRAZAC ZA PRAĆENJE POSTUPKA OŽIVLJAVANJA (UTSTEIN OBRAZAC)</b>					
<b>SLUČAJ</b>					
Datum	Broj poziva	Broj intervencije	Broj nalaza	Br. Utstein obrasca	
Vrsta tima	Liječnik	MS/MT			
	Vozač	Reg. oznaka vozila			
Mjesto intervencije (grad, adresa)					
Prezime i ime pacijenta			Adresa stanovanja		
Datum rođenja	Dob	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	Ovisan o tuđoj pomoći Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>		
<b>Uzrok aresta</b> Medicinski <input type="checkbox"/> Traumatski <input type="checkbox"/> Predoziranje <input type="checkbox"/> Utapanje <input type="checkbox"/> Strujni udar <input type="checkbox"/> Udar groma <input type="checkbox"/> Asfiksija <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/>					
<b>Ranije dijagnoze</b>					
MKB	Dijagnoza				
<b>DOGAĐAJ</b>					
Poziv primio	Indeks (Kriterij)	Arest prepoznat Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>	Telefonske upute za oživljavanje Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>	Poziv predao	
Procijenjeno vrijeme kolapsa	Vrijeme prvog zvona telefona	Vrijeme prijama poziva	Vrijeme zaustavljanja vozila	Vrijeme reakcije	Vrijeme dolaska tima HMS pacijentu
<b>Mjesto kolapsa</b> Stan <input type="checkbox"/> Otvoreni javni prostor <input type="checkbox"/> Zatvoreni javni prostor <input type="checkbox"/> Ambulanta PZZ <input type="checkbox"/> Dom za skrb <input type="checkbox"/> Radno mjesto <input type="checkbox"/> Cesta <input type="checkbox"/> Autocesta <input type="checkbox"/> Sportsko-rekreacijski centar <input type="checkbox"/> Obrazovna ustanova <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/>					
<b>Svjedoci kolapsa</b> Očevidac <input type="checkbox"/> Tim HMS <input type="checkbox"/> Bez svjedoka <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>					
<b>Laičko oživljavanje</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Samo kompresije <input type="checkbox"/> Kompresije i ventilacije <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>			<b>Laička uporaba AVD-a</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Šok isporučen <input type="checkbox"/> Šok nije isporučen <input type="checkbox"/> Br. šokova _____		
<b>Početni ritam</b> VF <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> Asistolija <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Bradikardija <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>					
<b>Oživljavanje HMS</b> Pokušano <input type="checkbox"/> Nije pokušano <input type="checkbox"/> Prisutni sigurni znakovi smrti <input type="checkbox"/> Prisutni znakovi cirkulacije <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/>			<b>Defibrilacija</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ručna <input type="checkbox"/> Automatska <input type="checkbox"/> Br. isporučenih šokova _____ Vrijeme prvog šoka _____		
Protoklo vrijeme od procijenjenog vremena kolapsa do prve defibrilacije			Ukupni broj isporučenih šokova (AVD+HMS)		
<b>Održavanje dišnog puta</b> Orofaringealni tubus <input type="checkbox"/> Nazofaringealni tubus <input type="checkbox"/> Supraglotičko pomagalo <input type="checkbox"/> Endotrahealna intubacija <input type="checkbox"/> Krikotiroidotomija iglom/pomagalom <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>					
<b>Vaskularni pristup</b> Intravenski <input type="checkbox"/> Intraosealni <input type="checkbox"/> Nema pristupa <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>					

Medikamentozna terapija				HM postupci		
Lijek	Vrijeme	Doza	Način primjene	Šifra	Postupak	Vrijeme
<b>Hladenje infuzije</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>				<b>Kontrola ciljne temperature</b> Indicirana <input type="checkbox"/> Nije indicirana <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Učinjena <input type="checkbox"/> Nije učinjena <input type="checkbox"/> Prije ROSC <input type="checkbox"/> Nakon ROSC <input type="checkbox"/>		
<b>Pokušaj koronarne reperfuzije</b> Primjenjivo <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Tromboliza <input type="checkbox"/>						
<b>Je li se ikada tijekom intervencije uspostavila cirkulacija (ROSC)</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>				<b>Spontano disanje</b> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>Pri svijesti</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
<b>ROSC održan do dolaska u bolnicu</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>				<b>STEMI nakon ROSC</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>		
<b>Prijevoz</b> bez prijevoza <input type="checkbox"/> u bolnicu _____				Vrijeme predaje pacijenta _____		
<b>ISHOD</b>						
<b>Pokušaj koronarne reperfuzije</b> Primjenjivo <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Samo angiografija <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> Tromboliza <input type="checkbox"/> Unutar 24 sata od <input type="checkbox"/> Nakon 24 sata od <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> prijava _____ prijava _____				<b>Kontrola ciljne temperature</b> Indicirana <input type="checkbox"/> Nije indicirana <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Učinjena <input type="checkbox"/> Nije učinjena <input type="checkbox"/> Prije ROSC <input type="checkbox"/> Nakon ROSC <input type="checkbox"/>		
<b>Pacijent živ 30 dana nakon aresta/prilikom otpusta iz bolnice</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Uzrok smrti (patologija) _____				<b>Donor organa</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>		
MKB: _____						
<b>Neurološki ishod pri otpustu</b> mRS <input type="checkbox"/> 0-6): Nije zabilježen <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>				<b>Pacijent živ 12 mjeseci nakon aresta</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>		
<b>PRIMJEDBA</b>						

## PRILOG 8.

 USTANOVA  
 Objedinjeni hitni bolnički prijam

Br. protokola		Datum	
---------------	--	-------	--

### OBRAZAC TRIJAŽE

Prezime i ime		Datum rođenja		Adresa	
---------------	--	---------------	--	--------	--

#### TRIAŽA

Vrijeme dolaska		Upućen od		MKB	
-----------------	--	-----------	--	-----	--

#### Razlog dolaska

Mehanizam ozljede

Neurovaskularna procjena

#### SUBJEKTIVNA PROCJENA PACIJENTA

#### OBJEKTIVNA PROCJENA PACIJENTA

RR	Puls	Respiracije	SpO <sub>2</sub>	Bol	AVPU/GKS	Temperatura	GUK

#### Rizični faktori

Ostale napomene (dokumentacija, venski put, primopredaja pacijenta, th, dg.)

Trijažna kategorija		Akutni dio		Subakutni dio		Trauma	
---------------------	--	------------	--	---------------	--	--------	--

#### Retrijaža (razlog, vrijeme)

RR	Puls	Respiracije	SpO <sub>2</sub>	Bol	AVPU/GKS	Temperatura	GUK

Trijažna kategorija		Akutni dio		Subakutni dio		Trauma	
---------------------	--	------------	--	---------------	--	--------	--

<b>Pacijent se upućuje - u primarnu zdravstvenu zaštitu (obiteljskom/dentalnom doktoru medicine) - u izvanbolničku hitnu medicinu</b>	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
<b>Vrijeme upućivanja</b>	<input type="checkbox"/> sati <input type="checkbox"/> minuta
<b>Konzultacija liječnika u OHBP-u</b>	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA Ako da, potreban je potpis dr.med. _____

 Potpis medicinske sestre/tehničara trijaže:

## PRILOG 9.

## OBRAZAC O IZVANREDNOM DOGAĐAJU

<b>NAZIV USTANOVE:</b> _____	
<b>HITNI PRIJAM</b>	
<b>OBRAZAC O IZVANREDNOM DOGAĐAJU</b>	
<b>IME I PREZIME:</b> _____	
<b>RADNO MJESTO:</b> _____	
Izjavljujem da se dana: _____ u _____ (datum) (mjesto događaja)	
dogodilo slijedeće:	
<b>OPIS DOGAĐAJA</b>	
U _____ (mjesto, datum)	_____ (ime i prezime djelatnika)
	_____ potpis

## PRILOG 10.

## ORGANIZACIJA HITNE MEDICINE NA JAVNIM OKUPLJANJIMA

SUDIONICI			PROVODITELJI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
Broj	Sigurnosni rizik	Zdravstveni rizik	
<1000	Niski, srednji	Niski	Nazočnost najmanje jedne osobe od strane organizatora koja ima položen tečaj prve pomoći
1000-5000	Visoki	Visoki	Nazočnost najmanje jednog tima T1
5000-10000	Srednji, visoki	Srednji	Nazočnost najmanje jednog tima T1 i jednog tima T2
10000 – 20000	Srednji, visoki	Visoki	Uspostavljanje najmanje jednog radilišta zdravstvenog zbrinjavanja s liječnikom i medicinskom sestrom- medicinskim tehničarom uz prisutnost najmanje jednog tima T1 i jednog tima T2
> 20000	Bez obzira na razinu rizika		Uspostavljanje najmanje jednog radilišta zdravstvenog zbrinjavanja s liječnikom i medicinskom sestrom-medicinskim tehničarom uz prisutnost najmanje jednog tima T1 i jednog tima T2. Broj timova se prilagođava stupnju rizika
> 50000	Bez obzira na razinu rizika		Uspostavljanje najmanje dva radilišta zdravstvenog zbrinjavanja s liječnikom i medicinskom sestrom-medicinskim tehničarom uz prisutnost najmanje dva tima T1 i dva tima T2. Broj timova se prilagođava stupnju rizika
> 50000	Okupljanje se odvija na različitim mjestima odnosno tijekom okupljanja zbog nepredvidivog ponašanja sudionika nije moguće unaprijed procijeniti		Nazočnost najmanje jednog tima T1 i jednog tima T2 u svakoj zoni odnosno na svakom mjestu gdje je potrebno. Rezervni timovi se nalaze na unaprijed određenim punktovima prema planu. Osiguravaju se i dodatni timovi u pripravnosti

**Sigurnosni rizik:** određujemo u skladu s propisima što reguliraju sigurnosne rizike na velikim okupljanjima i obzirom na vrstu djelatnosti pri okupljanju. O visokom sigurnosnom riziku se radi ako se provode aktivnosti što mogu ugrožavati zdravlje i život sudionika (sportske aktivnosti s mogućnošću ozljede natjecatelja i gledatelja, teža tjelesna opterećenja sudionika, ispijanje alkoholnih pića...)

**Zdravstveni rizik:** određujemo obzirom na dobnu i zdravstvenu strukturu sudionika

- Niski rizik – većinom (> 60%) mlađi, zdravi sudionici (do 50 godina)
- Srednji rizik – prisutne sve dobne skupine ili > 30% osoba u dobi od 50 do 65 godina
- Visoki rizik – većina sudionika (> 60%) je starije od 65 godina, ako su prisutne zdravstveno ugrožene skupine ljudi (društva bolesnika, osobe s invaliditetom...)

**NAPOMENA:** Kod vrlo zahtjevnih i rizičnih velikih okupljanja pojačavaju se i bolnički resursi koji djeluje na području na kojem se organizira okupljanje.