

|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|---------|--|---|--|------|--|--|--|--|--|
| СТАНЦІЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | форма № 110/о<br>Наказ МОЗ 17.11.2010 № 999                                                                                                                                                                                   |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| КАРТА ВИЌЗДУ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ №  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  | А                    |  |         |  | 0 |  |      |  |  |  |  |  |
| Адреса виклику                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Привід до виклику                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Район                                                                                                                                                                                                                         |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Прізвище<br>ім'я<br>По батькові           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | зі слів<br>з документа                                                                                                                                                                                                        |  | Друкowanими літерами |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Адреса особи                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Район                                                                                                                                                                                                                         |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Місце роботи                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Посада                                                                                                                                                                                                                        |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Страховий поліс №                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Страхова компанія                                                                                                                                                                                                             |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 1 Вік:                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | дні                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |  | міс.    |  |   |  | роки |  |  |  |  |  |
| 2 Стать:                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 - чоловік; 2 - жінка                                                                                                                                                                                                        |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 3 Мешканець:                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 - міста; 2 - села; 3 - іншої держави                                                                                                                                                                                        |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 4 Соціальний стан:                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 - робітник; 2 - службовець; 3 - учень; студент; курсант; 4 - підприємець; 5 - пенсіонер; 6 - інвалід; 7 - утриманець; 8 - фермер; 9 - не працює; 10 - біженець; 11 - без ПМП                                                |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 5 Подальше перебування особи:             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1- на місці; 2- доставлений додому; 3- в інше місце (вказати)                                                                                                                                                                 |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 - за направленням ШМД № наряду _____<br>5 - за направленням інших ЛПЗ _____<br>6 - доставлений в травмпункт, поліклініку<br>№ супровідного листа _____                                                                      |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | У лікарню № _____ відділення _____<br>Час з _____ по _____ ; прийнятий, неприйнятий<br>Діагноз _____<br>Черговий лікар _____                                                                                                  |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | У лікарню № _____ відділення _____<br>Час з _____ по _____ ; прийнятий, неприйнятий<br>Діагноз _____<br>Черговий лікар _____                                                                                                  |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 6 Повідомлення:                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Телефон                                                                                                                                                                                                                       |  | Час                  |  | Прийняв |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ст.лікарю ШМД                                                                                                                                                                                                                 |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Поліклініку (ПНМД)                                                                                                                                                                                                            |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | СЕС                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | РВВС                                                                                                                                                                                                                          |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ДАІ                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Комендатуру                                                                                                                                                                                                                   |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Родичам                                                                                                                                                                                                                       |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Стіл довідок ШМД:                                                                                                                                                                                                             |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Інше місце                                                                                                                                                                                                                    |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 3 пацієнтом передано:                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Здав:                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Прийняв:                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Лікар _____                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Фельдшер _____                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Мол. м/сестра _____                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Водій _____                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Стажер _____                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Супроводжуючий                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 7 Особистий № медпрацівника               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 8 Код підстанції                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 9 Код бригади ШМД                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 10 Допомога за діагнозом:                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 - термінова; 2 - нетермінова                                                                                                                                                                                                |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 11 Прийому виклику                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 12 Виїзду на виклик: п/с, р/с, Т          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 13 Прибуття на місце                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 13.1 Виїзду на госпіталізацію (інше)      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 14 Закінчення виклику                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 15 Повернення на станцію                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Кілометраж                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 16 Тип виїзду за діагнозом:               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 - нещасний випадок; 2 - раптове захворювання; 3 - пологи; 4 - патологія вагітності; 5 - перевезення хворого; 6 - хронічне захворювання; 7 - технологічний виїзд; 8 - чергування; 9 - безрезультатний                        |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 17 Обґрунтованість:                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 - профільний; 2 - непрофільний                                                                                                                                                                                              |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 18 Місце виклику:                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 - ЛПЗ; 2 - квартира; 3 - інше (вказати); 4 - громадське місце; 5 - робоче місце; 6 - вулиця; 7 - навчальний заклад                                                                                                          |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 19 Виклик:                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 - первинний; 2 - повторний; 3 - попутний; 4 - амбулаторний                                                                                                                                                                  |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 20 Звернення хворого:                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 - не звертався; 2 - звертався на СШМД (скільки разів); 3 - звертався в інший ЛПЗ                                                                                                                                            |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 21 Травма:                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 - немає; 1 - побутова; 2 - вулична; 3 - кримінальна; 4 - ДТП; 5 - виробнича; 6 - спортивна; 7 - самогубство; 8 - вулична, внаслідок ожеледиці                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 22 Час від початку хвороби:               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 - до 1 год; 2 - від 1 до 3 год; 3 - від 3 до 6 год; 4 - від 6 до 12 год; 5 - від 12 до 24; 6 - понад 24год                                                                                                                  |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 23 Алкоголь:                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (зі слів) 1 - вживав; 2 - не вживав; 3 - не відомо                                                                                                                                                                            |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 24 Результат:                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 - покращення; 2 - без ефекту; 3 - погіршення; 4 - смерть в присутності; 5 - смерть до приїзду; 6 - викликана спецбригада; 7 - здоровий; 8 - чергування; 9 - інші перевезення; 10 - заправка автомобіля; 11 - інше (вказати) |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 25 Безрезультатний виїзд:                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 - не застали; 2 - адреса не знайдена; 3 - не дійшли; 4 - не викликали; 5 - обслужений до приїзду; 6 - відмова від медичної допомоги                                                                                         |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| 26 ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ:                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Код МКХ - X                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| Згоден на запропоноване лікування. Підпис |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |
| ВІДМОВА                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Я,<br><br>відмовляюся від / медичної допомоги / транспортування / (підкреслити), які рекомендовані мені медичним персоналом, розуміючи наслідки такої відмови. Підпис особи _____<br>Свідок _____ Свідок _____                |  |                      |  |         |  |   |  |      |  |  |  |  |  |

Дата захворювання \_\_\_\_\_ Початок захворювання (Час) \_\_\_\_\_ год. \_\_\_\_\_ хв. \_\_\_\_\_

Скарги: \_\_\_\_\_

АНАМНЕЗ ☐ ІХС ☐ ГХ ☐ ГІМ коли \_\_\_\_\_ ☐ ГПМК коли \_\_\_\_\_ ☐ Судоми ☐ Діабет \_\_\_\_\_ тип ☐ Онко

Алергія ☐ Ні ☐ Так \_\_\_\_\_ ☐ Акушерсько-гінекологічний \_\_\_\_\_

☐ Вір. Гепатит ☐ Туберкульоз ☐ Короста ☐ Педикульоз

ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ Загальний стан ☐ Задовільний ☐ Середній ☐ Важкий ☐ Дуже важкий ☐ Термінальний t °C \_\_\_\_\_

Свідомість ☐ Ясна ☐ Приглушення ☐ Сопор ☐ Кома за ШГ \_\_\_\_\_ ТШ \_\_\_\_\_ Поведінка ☐ спокійна ☐ збуджена агресивна

Положення ☐ активне ☐ пасивне ☐ вимушене \_\_\_\_\_ Зів \_\_\_\_\_

Шкіра ☐ звичайна ☐ гіперемія \_\_\_\_\_ ☐ бліда ☐ іктерична ☐ ціаноз ☐ суха ☐ волога ☐ тепла ☐ холодна

Артеріальний тиск \_\_\_\_\_ мм.рт.ст. постійний \_\_\_\_\_ мм.рт.ст. Пульс \_\_\_\_\_ хв. Характеристика \_\_\_\_\_ Дефіцит пульсу \_\_\_\_\_

Тони серця ☐ ритмічні ☐ аритмічні ☐ ясні ☐ глухі ☐ зкцент тону на \_\_\_\_\_ шум \_\_\_\_\_ Шоковий індекс \_\_\_\_\_

Частота дихання \_\_\_\_\_ хв. Задишка ☐ експіраторна ☐ інспіраторна ☐ змішана Периферичні набряки \_\_\_\_\_

Дихання ☐ вільне ☐ поверхнєве ☐ термінальне ☐ везикулярне ☐ хрипи ☐ сухі ☐ справа ☐ крепітація \_\_\_\_\_

☐ утруднене ☐ глибоке ☐ апное ☐ жорстке ☐ послаблене ☐ вологі ☐ зліва ☐ шум тертя плеври \_\_\_\_\_

Додатково \_\_\_\_\_

Живіт ☐ участь в акті дихання ☐ м'який ☐ напружений ☐ безболісний ☐ болісний, в ділянці \_\_\_\_\_

Печінка нижній край щодо реберної дуги ☐ не виступає ☐ виступає на \_\_\_\_\_ см, \_\_\_\_\_ Перистальтика ☐ так ☐ ні

Симптоми подразнення очеревини ☐ ні ☐ так Діурез зі слів \_\_\_\_\_ Випорожнення зі слів \_\_\_\_\_

Інші симптоми \_\_\_\_\_

Неврологічний статус Зіниці ☐ норма ☐ міоз ☐ мідріаз ☐ анізокорія D S Реакція на світло ☐ так ☐ ні Очні яблука відведені \_\_\_\_\_

Ністагм ☐ ні ☐ так (вказати) \_\_\_\_\_ Мова ☐ збережена ☐ порушена ☐ відсутня Ковтання ☐ вільно ☐ порушене

Обличчя ☐ симетричне ☐ асиметричне, носогубна складка згладжена \_\_\_\_\_ Девіація язика \_\_\_\_\_ Прикушення ☐ ні ☐ так

Патологічні рефлекси \_\_\_\_\_ Тонус м'язів D S \_\_\_\_\_ Менінгеальні ознаки ☐ ☐ так ☐ ні

Плегії, паралічі \_\_\_\_\_ Додатково \_\_\_\_\_

Місце ушкодження при травмі (обвести номер та описати): 1.Зовнішня кровотеча (капілярна, венозна, артеріальна)  
2.Опік (термічний, хімічний, електричний) 3.Електротравма 4.Ампутація 5.Вогнепальне поранення 6.Ножове поранення  
7.Пневмоторакс (відкритий, закритий, напружений) 8.Тривале стиснення 9.Падіння з висоти 10.Травма голови  
11.Травма хребта 12.Внутрішні пошкодження 13.Переломи / Вивихи 14.Пошкодження м'язів тканин 15.Інше (вказати) \_\_\_\_\_

Описання ЕКГ, глюкоза крові (ммоль/л) тощо: \_\_\_\_\_

## НАДАНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ (назва, доза, шлях введення):

|                                                                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Інгаляція O <sub>2</sub> _____ л/хв                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> СЛР Початок _____                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Закінчення _____                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> ШВЛ (метод) _____                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> НМС _____                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Інтубація трахеї _____                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> ДЕФ кількість разів _____                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> ЕКС частота _____                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Пункція ЦВ _____                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Пункція плевральної порожнини _____                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> Первинна обробка рани _____                                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Зупинка кровотечі (метод) _____                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Шийний комір _____                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> Імобілізація кінцівок _____                                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Довга дошка _____                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Промивання шлунка _____                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> Катетеризація сечового міхура _____                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> Очисна клізма _____                                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> Інше _____                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> В/В <input type="checkbox"/> В/М <input type="checkbox"/> П/Ш <input type="checkbox"/> Per / os |  |

|                                                                |                                |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Стан після надання допомоги:                                   |                                |
| Загальний стан _____                                           |                                |
| АТ _____ / _____ мм.рт.ст. Пульс _____ хв., _____ ЧД _____     |                                |
| за ШГ _____ балів за ТШ _____ балів                            |                                |
| Транспортування пацієнта (підкреслити) пішки на ношах на руках | Підпис керівника бригади _____ |