

Karta interwencji Zespołu Wczesnego Reagowania

Imię i nazwisko pacjenta:

Wiek:

Oddział/sala:

Data:

Godzina:

Wezwanie ZWR:

Czas przybycia:

Zakończenie interwencji:

Główna przyczyna wezwania

zaniepokojenie personelu

opis

.....

.....

HR <40/min lub >140/min wraz z nowymi objawami lub każdy rytm >140/min

ciśnienie skurczowe <90 mm Hg lub >180 mm Hg

ciśnienie rozkurczowe >100 mm Hg z objawami

gwałtowna zmiana CTK o >30% wartości wyjściowej

nagle pojawiająca się duszność

SpO₂ <90%

częstość oddechów <8 lub >28/min

ostre, intensywne krwawienie

nagła zmiana stanu neurologicznego

nagła utrata (osłabienie) ruchomości twarzy lub kończyn, drgawki

nagłe zwiększenie zapotrzebowania na tlen >50% w celu utrzymania SpO₂ >90%

nagły ból w klatce piersiowej

skąpomocz

nagła zmiana zabarwienia powłok

ciężkie zaburzenia w wynikach badań laboratoryjnych

Rozpoznanie przy przyjęciu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krótki opis sytuacji klinicznej:

.....

.....

.....

.....

Ocena czynności życiowych

AS/min: miarowa/niemiarowa

CTK: mm Hg

oddechy: /min

SpO₂: %

GCS: pkt

temp.: °C

opis:

.....

.....

.....

.....

.....

Zalecenia/interwencje

Drugi oddechowe

odessanie

nebulizacja

gazometria tętnicza

RTG klatki piersiowej

cewnik donosowy

maska O₂

worek samorozprężalny

HFNC

NIV

bez interwencji

Inne

dodatkowe badania laboratoryjne

.....

dodatkowe badania obrazowe

.....

konsultacja

kardiowersja

płynoterapia

leki inotropowe/wazopresyjne

zmiana antybiotykoterapii/nowa:

bez interwencji

diuretyki

inne

Ocena aktualnej sytuacji i sugerowany plan leczenia

Aktualna ocena sytuacji klinicznej:

.....

Leki:

.....

Monitorowanie czynności życiowych:

.....

Inne interwencje:

.....

Czy w trakcie interwencji poruszany był temat terapii daremnej/uporczywej T/N

Jeśli powyższe „TAK”, czy plan leczenia obejmuje, w razie potrzeby:

Intubacja, mechaniczna wentylacja T/N

Przeniesienie do OIT T/N

DNR T/N

Wynik interwencji:

.....

Poinformowano lekarza prowadzącego: T/N Data: Godzina:

Pozostał w sali T/N Przeniesiony do

Inne

Lekarz kierujący ZWR

Podpis

Data:

Godzina: