

BRÁTTG FORGANGUR 1

A0001

Öndunarvegur öndun / SaO ₂	BP blóðrás	Meðvitund GCS	Húð	Meðferð inngrip	Kl. kvittun

MÁ BÍÐA FORGANGUR 3

A0001

EINKENNI SJÚKLINGS

Karl Kona

Nafn: _____ Áætl. aldur: _____

Kennitala: | | | | | | | | | | | |

Komutími á SSS

Tími: _____

Bráðaliðkun

F1

F2

F3

L

Kvörtun/vandamál

Ósók á slysi/veikindum

OFNÆMI

Ekki þekkt Já – hvaða:

bróttífr:

tími: _____

Averkamát:

F1

F2

F3

L

Karl kona

Kvörtun/vandamál

Nafn: _____ Áætl. aldur: _____

Flutningur/ tími, áfangastaður

Nr. sjúkrabíls:

F1

F2

F3

L

HEILSUFARSSAGA

- Heilsa góð
- Flogaveiki
- Hábrýstingur
- Heilaáfall
- Hjartasjúkdómur
- Illkynja sjúkdómur
- Lungnasjúkdómur
- Sykursýki
- Þungun
- Óþekkt
- Annað: _____

LYF: _____

A0001

A0001



Kennitala

Heimilisfang:

ÁVERKAMAT

GLASGOW COMA SCALE

OPNAR AUGU:

Sjálfkrafa	4				
Við ávarp	3				
Við sársauka	2				
Ekki	1				
		+	+	+	+

MEÐVITUND:

Áttaður	5				
Ruglaður	4				
Orð úr samhengi	3				
Óskiljanlegur	2				
Engin	1				
		+	+	+	+

VIÐBRÓÐ:

Hlýðir skipun	6				
Staðsetur sársauka	5				
Förðast sársauka	4				
Óeðlileg beygja	3				
Óeðlileg rétta	2				
Engin svörun	1				
		=	=	=	=

GLASGOW COMA SCALE SMTALS:

--	--	--	--	--

FLYTJA SAMTÖLU UPP

10 eða minna =	FORGANGUR 1
11 =	FORGANGUR 2
12 =	FORGANGUR 3

GLASGOW COMA SCALE SMTALS (GCS):

13 - 15	4				
9 - 12	3				
6 - 8	2				
4 - 5	1				
3	0				
		+	+	+	+

ÖNDUNARTÍÐNI (ÖT):

		á mín	á mín	á mín	á mín
10 - 29	4				
30 og hærri	3				
6 - 9	2				
1 - 5	1				
0	0				
		+	+	+	+

BLÓÐÞRÝSTINGUR (BP):

		/	/	/	/
Systoliskur BP					
90 og hærri	4				
76 - 89	3				
50 - 75	2				
1 - 49	1				
0	0				
		=	=	=	=

GCS+ÖT+BP SAMTALS:

--	--	--	--

PÚLS:

--	--	--	--

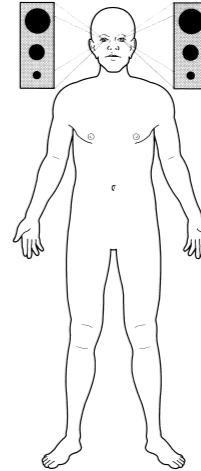
TÍMI:

:	:	:	:
---	---	---	---

KVITTUN:

--	--	--	--

SKOÐUN Á SSS



SKOÐUN:

ABC	EDLILEG	ÓEDLILEG
Höfuð	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andlit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Háls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brjósthol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kviður	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mjadmagrind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neðri útlimir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efri útlimir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hryggur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- MERKIÐ VIÐ Á MND -

<input type="checkbox"/> Brot	<input type="checkbox"/> Opið brot
<input type="checkbox"/> Sár	<input type="checkbox"/> BRuni
<input type="checkbox"/> Liðhlaup	<input type="checkbox"/> Fleiður/Mar

Skoðaður af: LÆKNI / HJÚKRUNARFRÆÐINGI / SJÚKRAFL.M / ANNAÐ

Nafn: _____

Athugasemdir

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

???

LIGGUR ÁG

FORGANGUR 2

A0001