

Karta wypadku na terenie Aquapark Polkowice Regionalne Centrum Rekreacyjno – Rehabilitacyjne S.A.

Czas i miejsce zdarzenia

Data zdarzenia	
Godzina zdarzenia	
Miejsca zdarzenia	

Informacja o poszkodowanym

Nazwisko	
Imię	
Wiek (data urodzenia)	
Adres	
Telefon kontaktowy	

Imię i nazwisko ratownika	
---------------------------	--

Opis zdarzenia

(czy zdarzenie spowodowane było konsekwencją naruszenia regulaminów obowiązujących w Aquapark Polkowice Regionalne Centrum Rekreacyjno - Rehabilitacyjne S.A.)

NIE WYRAŻAM ZGODY NA UDZIELENIE POMOCY MEDYCZNEJ

Podpis poszkodowanego lub opiekuna prawnego poszkodowanego:	
Podpisy świadków:	

RODZAJ ORAŹEŃ / OBJAWÓW

POSTĘPOWANIE

omdlenie	<input type="checkbox"/>	zaburzenie równowagi	<input type="checkbox"/>	brak objawów	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
nieprzytomny	<input type="checkbox"/>	pozycja: boczna	<input type="checkbox"/>	na wznak	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
niedrożność dróg oddechowych	<input type="checkbox"/>	udrożnienie: bezprzyżądowe	<input type="checkbox"/>	rurka ustno-gardłowa	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
bezdech	<input type="checkbox"/>	oddech sztuczny: powietrze	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
zatrzymanie krążenia	<input type="checkbox"/>	masaż zewnętrzny serca	<input type="checkbox"/>	AED	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
podtopienie	<input type="checkbox"/>	stabilizacja głowy	<input type="checkbox"/>	termoizolacja	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
obrażenia głowy	<input type="checkbox"/>	stabilizacja głowy	<input type="checkbox"/>	opatrunek	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
obrażenia kręgosłupa / podejrzenie obrażeń	<input type="checkbox"/>	stabilizacja głowy	<input type="checkbox"/>	deska ortopedyczna	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
rany, krwawienia	<input type="checkbox"/>	opatrunek: osłaniający	<input type="checkbox"/>	uciskowy	<input type="checkbox"/>	unieruch.	<input type="checkbox"/>
złamania i podejrzenia złamań	<input type="checkbox"/>	unieruch.: poz. zastana	<input type="checkbox"/>	poz. fizjologiczna	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
zwichnięcia	<input type="checkbox"/>	unieruch.: poz. zastana	<input type="checkbox"/>				
oparzenia	<input type="checkbox"/>	schładzanie: woda	<input type="checkbox"/>	opatrunek jałowy	<input type="checkbox"/>		
duszność	<input type="checkbox"/>	pozycja siedząca	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
wychłodzenie	<input type="checkbox"/>	osuszanie ciała	<input type="checkbox"/>	termoizolacja	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
wstrząs / zagrożenie wstrząsem	<input type="checkbox"/>	ułożenie p/wstrząsowe	<input type="checkbox"/>	termoizolacja	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
nudności / wymioty	<input type="checkbox"/>	obserwacja	<input type="checkbox"/>	pozycja boczna	<input type="checkbox"/>		
ból w klatce piersiowej	<input type="checkbox"/>	pozycja półsiedząca	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
inne obrażenia	<input type="checkbox"/>	postępowanie:					

WEZWANE SŁUŻBY

Pogotowie TAK NIE (nie było wymagane) NIE (poszkodowany nie wyraził zgody)

Policja TAK NIE (nie było wymagane) NIE (poszkodowany nie wyraził zgody)

Straż Pożarna TAK NIE (nie było wymagane)

Poszkodowanego (opiekuna/członka rodziny) zapoznano z treścią karty wypadku i pouczono o prawie zgłaszania uwagi i zastrzeżeń do ustaleń zawartych w karcie wypadku, oraz poinformowano o konieczności konsultacji lekarskiej.

.....
data i podpis osoby udzielającej pierwszej pomocy

.....
data i podpis poszkodowanego/opiekuna