

Karta interwencji Zespołu Wczesnego Reagowania u dzieci

Imię i nazwisko pacjenta:

Wiek:

Oddział/sala:

Data:

Godzina:

Wezwanie ZWR:

Czas przybycia:

Zakończenie interwencji:

Główna przyczyna wezwania

☐ zaniepokojenie personelu

☐ opis

.....

.....

.....

☐ bradycardia/tachycardia wraz z nowymi objawami: HR/min

☐ DP mm Hg

☐ SP 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

Drogi 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

☐ bolus płynów i.v.

☐ leki inotropowe/wazopresyjne

☐ zmiana antybiotykoterapii/nowa:

☐ bez interwencji

☐ 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: