

**IDENTIFICACIÓ**

Nº D'AFECTAT: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 MOTIU D'ALERTA: *Catà*  
 DATA: *18 03 09* HORA D'ACTIVACIÓ: *20:45*  
 ADREÇA: *Va laietana 17*  
 POBLACIÓ: *BCN*  
 PROVÍNCIA: *BCN*  
 LLOC D'ASSISTÈNCIA:  
 Domicili  Lloc públic  Altres:  
 Carrer  Aglomeració  
 Lloc de treball  Residència d'avis

**DADES ADMINISTRATIVES**

NOM: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 COGNOMS: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 EDAT: *10* SEXE:  HOME  DONA TEL: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 TIS/Passaport: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
**TRÀNSIT**  
 Matrícula Vehicle: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Cia Asseguradora: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Núm Pòlissa: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
**LABORAL**  
 Nom Empresa: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Mútua Patronal: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Núm. Afiliació: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 D.N.I.: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**ANAMNESI**

Al·lèrgies, antecedents, tractament habitual, malaltia actual, etc.  
*A.P. Sencillament - No AMC*  
*MC: catà*

**EXPLORACIÓ FÍSICA I**

A VIA AÈRIA		B VENTILACIÓ		C CIRCULACIÓ																	
<input type="checkbox"/> Permeable	<input type="checkbox"/> No permeable	<input type="checkbox"/> Eupnea	<input type="checkbox"/> Estridor	<input type="checkbox"/> Hemorràgia EXT.	<input type="checkbox"/> Pell																
		<input type="checkbox"/> Apnea	<input type="checkbox"/> Tiratge	<input type="checkbox"/> Sí	Temperatura																
		<input type="checkbox"/> Patrò respiratori irregular	<input type="checkbox"/> Mob. anormal del tòrax	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Freda																
D NEUROLÒGIC																					
<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Confús	<input type="checkbox"/> Inconc. prèvia	<b>PUPIL·LES</b> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">DRETA</th> <th colspan="2">ESQUERRA</th> </tr> <tr> <td>Ø</td> <td>React</td> <td>Ø</td> <td>React</td> </tr> <tr> <td>INICIAL</td> <td>● ● ● ●</td> <td>● ● ● ●</td> <td>● ● ● ●</td> </tr> <tr> <td>FINAL</td> <td>● ● ● ●</td> <td>● ● ● ●</td> <td>● ● ● ●</td> </tr> </table>			DRETA		ESQUERRA		Ø	React	Ø	React	INICIAL	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	FINAL	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●
DRETA		ESQUERRA																			
Ø	React	Ø				React															
INICIAL	● ● ● ●	● ● ● ●				● ● ● ●															
FINAL	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●																		
<input type="checkbox"/> Resp. verbal	<input type="checkbox"/> Desorientat	<input type="checkbox"/> Relax. esfínters		<input type="checkbox"/> POLSOS	<input type="checkbox"/> Calenta																
<input type="checkbox"/> Resp. al dolor	<input type="checkbox"/> Agitat	<input type="checkbox"/> Mossegada		<input type="checkbox"/> Radial	Hidratació																
<input type="checkbox"/> Inconscient	<input type="checkbox"/> Agressiu			<input type="checkbox"/> Femoral	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Seca																
<input type="checkbox"/> Orientat	<input type="checkbox"/> Amnèsia prèvia			<input type="checkbox"/> Carotídi	<input type="checkbox"/> Sudorosa <input type="checkbox"/> Plec																
				<input type="checkbox"/> OMLIMENT CAPIL·LAR	Color																
				<input type="checkbox"/> < 2 seg	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pàlid <input type="checkbox"/> Cianòtic																
				<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> Eritematós <input type="checkbox"/> Ictèric																

**EXPLORACIÓ FÍSICA II**

APARELL RESPIRATORI		APARELL CARDIOCIRCULATORI		APARELL LOCOMOTOR	
<b>AUSCULTACIÓ PULMONAR</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Hipoventilació Abolít Crepitants Roncs Sibilants Espiració allargada Matidesa Timpanisme		<b>AUSCULTACIÓ CARDÍACA</b> <input type="checkbox"/> Rítmic <input type="checkbox"/> Arrítmic <input type="checkbox"/> Galop <input type="checkbox"/> Tons esmoreïts <input type="checkbox"/> Ingurgitació jugular <input type="checkbox"/> Bufs <input type="checkbox"/> Reflux hepatojugular <input type="checkbox"/> Frec pericàrdic <input type="checkbox"/> Edemes a EEII <input type="checkbox"/> Alteració polsos perifèrics <input type="checkbox"/> Signes de TVP		<b>A</b> Amputació <b>Ax</b> Aixafament <b>C</b> Contusió <b>D</b> Dolor <b>E</b> Erosió <b>Ev</b> Evisceració <b>FO</b> Fractura Oberta <b>FT</b> Fractura tancada <b>Fe</b> Ferida <b>H</b> Hemorràgia <b>L</b> Luxació <b>Q</b> Cremades.....%	
<b>NEUROLÒGIC</b> <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> Meningisme <input type="checkbox"/> FOCALITAT NEUROL. <input type="checkbox"/> Alt. parells cranials <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alt. motora <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alt. Sensitiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ROTS patològics <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RCPen extensió <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dismetria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alt. de la marxa		<b>ABDOMEN</b> <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> Visceromegàlia <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> Masses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Peritonisme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Puny percussió lumbar + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tacte rectal patològic			
<b>COMENTARIS</b> <i>No RTC. Catà en braç dret</i>					

**MONITORITZACIÓ DE CONSTANTS**

HORA	TA SIST	TA DIAST	FC	FR	SATO2	FIO2	ETCO2	PEAK FLOW	Tª	GLUCÈMIA	GLASGOW				ENTRADA	SORTIDA	BALANÇ	ESCALA DE DOLOR
											O	V	M	TOTAL				
			<i>80x</i>		<i>99%</i>						<i>7</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>15</i>				

**ECG**

**ESCALES DE VALORACIÓ**

**TRACTAMENT: PROCEDIMENTS**

A+B. VIA AÈRIA/VENTILACIÓ		C. CIRCULACIÓ	
<input type="checkbox"/> Permeabilització VA/Extracció CE	<input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> Hemostàsia	<input type="checkbox"/> Venoclisi
<input type="checkbox"/> Neteja VA/Aspiració secrecions	IPAP EPAP	<input type="checkbox"/> DÈA	Via central tipus
<input type="checkbox"/> Cànula orofaríngia	O2 VT	<input type="checkbox"/> Monitor DF	ESD
<input type="checkbox"/> Guia elàstica/Frova		<input type="checkbox"/> MCP extern	ESE
<input type="checkbox"/> TOT nº	<input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> AC	FC	Altres
<input type="checkbox"/> Fastrach nº	VT FIO2	Amperatge	<input type="checkbox"/> Fluidoteràpia
<input type="checkbox"/> Cricotirotonia	PEEP FR	<input type="checkbox"/> Cardioversió elèctrica	Cristal·loides
<input type="checkbox"/> Mascareta i FIO2	PS Pr. PLATEAU	Energia Joules	Col·loides
<input type="checkbox"/> Baló ressuscitador			Hemoderivats

**MANIOBRES: MOBILITZACIÓ / IMMOBILITZACIÓ**

<input type="checkbox"/> Mobilització prèvia	<input type="checkbox"/> Fèrula EESS
<input type="checkbox"/> Collaret cervical	<input type="checkbox"/> Fèrula EEII
<input type="checkbox"/> Fèrula de Kendrick	<input type="checkbox"/> Extracció reglada
<input type="checkbox"/> Antirrotatori cervical	<input type="checkbox"/> Retirada casc reglada
<input type="checkbox"/> Tauló espinal	<input type="checkbox"/> Mobilització bloc
<input type="checkbox"/> Matalàs de buit	<input type="checkbox"/> Contenció mecànica
<input type="checkbox"/> Llitera tisora	<input type="checkbox"/> Altres

**TRACTAMENT: FÀRMACS I FLUIDS**

HORA	FÀRMAC	VIA	DOSI	HORA	FÀRMAC	VIA	DOSI

**CODIS**

**PREACTIVACIÓ HOSPITALÀRIA**

<input type="checkbox"/> Codi PPT	<input type="checkbox"/> Codi AGITACIÓ	<input type="checkbox"/> Pacient crític:	<input type="checkbox"/> Mèdic	<input type="checkbox"/> Quirúrgic
<input type="checkbox"/> Codi IAM	<input type="checkbox"/> Codi SVAP	<input type="checkbox"/> Suport ventilatori:	<input type="checkbox"/> VMI	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Codi ICTUS	<input type="checkbox"/> Altre codi	<input type="checkbox"/> Codificació específica:		
<input type="checkbox"/> Codi TOX				

**TRASLLAT INTERHOSPITALARI**

HOSPITAL EMISSOR	HOSPITAL RECEPTOR
Servei emissor	Servei receptor
Metge responsable	Metge responsable
Trasllat efectuat	Observacions
<input type="checkbox"/> No / Codi	
<input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> USVA	
<input type="checkbox"/> Helicòpter	
<input type="checkbox"/> Altres	

**PLA-EVOLUCIÓ-OBSERVACIONS**

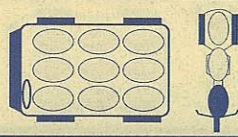
*CRICOTIROTONIA + 4 ml de S. 2000*  
*no s'ha de fer. Què a cany nom*  
*Satol x CAT*

**ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA**

<input checked="" type="checkbox"/> Diagnòstic principal (CIM)	[ ] [ ] [ ] [ ]
<input type="checkbox"/> Diagnòstic secundari (CIM)	[ ] [ ] [ ] [ ]
<input type="checkbox"/> Diagnòstic secundari (CIM)	[ ] [ ] [ ] [ ]

**DADES DE L'ACCIDENT**

1. TIPUS D'ACCIDENT	2. MECANISME DE L'ACCIDENT	3. VEHICLES IMPLICATS	4. TIPUS DE COL·LISSIÓ
<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Precipitació metres	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Turisme
<input type="checkbox"/> Trànsit	<input type="checkbox"/> Atropellament	<input type="checkbox"/> Ciçlomotor	<input type="checkbox"/> Furgoneta
<input type="checkbox"/> Agressió arma	<input type="checkbox"/> Col·lisió	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Camió
<input type="checkbox"/> Altres	<input type="checkbox"/> Obstacle fix	<input type="checkbox"/> Altres	<input type="checkbox"/> Bus
<input type="checkbox"/> Intencionat	<input type="checkbox"/> Caiguda casual		
<input type="checkbox"/> Altres	<input type="checkbox"/> Altres		



**5. MATERIAL DE SEGURETAT**

**6. ACCIDENT A TA ENERGIA**

**7. ALTRES ACTUANTS**