

|  |  |
| --- | --- |
| **Nume, prenume pacient****Vârsta    \_\_ \_\_    ani** | **Număr telefon aparținător/ persoana care poate da relații** |
| **Data și ora la care a fost văzut ultima dată bine****Data  \_\_  \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Ora \_\_ \_\_:\_\_ \_\_****Data și ora la care au fost constatate simptomele****Data  \_\_  \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Ora \_\_ \_\_:\_\_ \_\_** | **Data  \_\_  \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_**o**ra înregistrării  apelului la 112 \_\_ \_\_:\_\_ \_\_****Ora confirmării/dictării catre echipaj \_\_ \_\_:\_\_ \_\_****Ora ajungerii la caz \_\_ \_\_:\_\_ \_\_** **Ora plecării către spital \_\_ \_\_:\_\_ \_\_****Ora ajungerii la spital \_\_ \_\_:\_\_ \_\_** |
| **Stare anterior evenimentului acut**:     □ independent funcțional      □ dependent funcțional      □  la pat (mRS= 5) |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Tensiunea arterială****\_\_ \_\_\_/ \_\_\_\_ \_\_\_ mmHg** | TA sistolică <120 mmHg : Inițiați perfuzia cu ser fiziologicTA sistolică> 220 mm Hg, sau TA diastolică>120 mm Hg, se va scădea cu prudență, nu sub valoarea de 180/110 mmHg. Notați medicația administrată. |
| **Glicemie capilară \_\_\_\_\_mg/dL** | Glicemie < 50 mg/dL – administrați glucoza 33% |
| **ECG** | Monitorizare ECG |
| **Saturați O 2** | Mențineți saturația > 95% |
| **Linie venoasă periferică** | 1 branulă de calibru mare (16/18/20 G) |
| **Medicație anticoagulantă □Da □Nu** | Pradaxa, Dabigatran, Eliquis, Apixaban, Roteas, Edoxaban, Xarelto, Rivaroxaban, Sintrom, Trombostop, Telexer, Daxanlo, alt anticoagulant(încercuiți produsul pe care pacientul îl lua la domiciliu) |
| **Scorul GCS, istoricul medical, tratamentul la domiciliu, SatO2 și temperatura se vor completa în Anexa 8 prespital** |

 |
| **ATENȚIE !*** **Nu se vor administra Aspirină, Heparină sau alte antiagregante sau anticoagulante**
* **Pacientul va fi transportat în poziție supină; se va încerca menținerea la maxim 30º dacă nu poate sta la 0º. Se admite o poziție mai ridicată dacă alte afecțiuni o impun (ortopnee, insuficiență respiratorie)**
 |
|  |
| **SPITAL PRENOTIFICAT?         □Da    □Nu** |  |
| **Nr fișă ambulanță \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_         Nr. înmatriculare ambulanță \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_****Semnătura paramedic/asistent medical/medic ambulanță \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |