

<b>МЗ ЦЕНТЪР ЗА СПЕШНА ПОМОЩ гр. София</b>				<b>ПАЦИЕНТ</b> ЕГН <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4603027891</span>																																																
<b>ФИШ ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ</b> 1 ПОМ <b>РЕАН</b>																																																				
<b>ФИЛИАЛ</b> <i>Смилян</i>		<b>ПОВИКВАНЕ</b> <b>ДАТА</b> <i>23.01.2024</i> <b>ЧАС</b> <i>18:18</i>		<b>ИМЕ:</b> <i>Венетис</i>																																																
<b>ПОВИКАН ОТ:</b>		<b>МЕСТОПРОИЗШЕСТВИЕ</b>		<b>АДРЕС:</b> <i>У. Смилян</i> <i>У. Тооба Плато 14</i>																																																
МЕД лице <input type="checkbox"/> ПОЛИЦИЯ <input type="checkbox"/> ЕКИП СМП <input type="checkbox"/> ПОЖАРНА <input type="checkbox"/> БОЛНИЦА <input type="checkbox"/> ЧАСТНО Л. <input type="checkbox"/> ДРУГ <input type="checkbox"/>		АДРЕС <input type="checkbox"/> ИМЕ <input type="checkbox"/>																																																		
<b>СТАРТ</b>		<b>НА МЯСТО</b>		<b>ОТПЪТУВА</b>		<b>БОЛНИЦА</b>		<b>СВОБОДНА</b>																																												
<i>57</i>		<i>58</i>		<i>08</i>																																																
<i>18</i>		<i>18</i>																																																		
<b>ТРАНСПОРТИРАН В:</b>				<b>ВЪЗРАСТ</b> <i>70</i>		<b>ПОЛ</b> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>																																														
ПО ИСКАНЕ НА ПАЦИЕНТ <input type="checkbox"/> СЕМЕЙСТВО <input type="checkbox"/> РКЦ <input type="checkbox"/> сменен ЛЕКАР <input type="checkbox"/> екип СМП <input type="checkbox"/> ДРУГ <input type="checkbox"/>						<b>ПАЦИЕНТЪТ Е ТРАНСПОРТИРАН</b>																																														
<b>ЗЛОПОЛУКА</b>						ПОЧИНАЛ <input type="checkbox"/> НЕНУЖНО <input type="checkbox"/> ПОЧИНАЛ СЛЕД КТР <input type="checkbox"/> ДРУГО <input type="checkbox"/> ОТКАЗ <input type="checkbox"/>																																														
ПЕШКОДЕЦ <input type="checkbox"/> ВЕЛОСИПЕД <input type="checkbox"/> ЛЕКА КОЛА <input type="checkbox"/> КАСКА <input type="checkbox"/> ИЗХВЪРПЕН <input type="checkbox"/> САМОУБИЙСТВО (вкл. опит) <input type="checkbox"/> ТРУДОВА <input type="checkbox"/> БИТОВА <input type="checkbox"/> МОТОЦИКЛЕТ <input type="checkbox"/> КАМИОН <input type="checkbox"/> КОЛАН <input type="checkbox"/> ЗАТЯНАТ <input type="checkbox"/>						<b>ЗАБЕЛЕЖКИ</b> <i>КЗШ ОПП.</i>																																														
<b>АНАМНЕЗА</b> <i>болки в долна крайник, не се обръщат, не мише ход,</i> <i>главоболки, ер. захар 4, тинитус</i>																																																				
<b>ПЪРВОНАЧАЛЕН ПРЕГЛЕД</b>				<b>ДИШАНЕ</b>			<b>ТРАВМАТИЧНИ УВРЕДИ</b>																																													
<b>НЕВРОЛ СТАТУС</b>				<b>GLASGOW SKALA</b>																																																
<b>СЪЗНАНИЕ</b> в Съзнание <input checked="" type="checkbox"/> Възбуден <input checked="" type="checkbox"/> Гърчове <input type="checkbox"/> МЕНИНГ СМ <input type="checkbox"/> ОБЪРКАН <input type="checkbox"/> <b>ОТПАДНИ СИМ.</b> НЯМА <input checked="" type="checkbox"/> МОНОПЛЕГИЯ <input type="checkbox"/> ХЕМИПЛЕГИЯ <input type="checkbox"/> ПАРАПЛЕГИЯ <input type="checkbox"/> КВАДРИПЛЕГИЯ <input type="checkbox"/> <b>ЗЕНИЦИ</b> НОРМАЛНИ <input checked="" type="checkbox"/> МИОЗА <input type="checkbox"/> МИДРИАЗА <input type="checkbox"/> АНИЗОКОРИЯ <input type="checkbox"/> БЕЗ РЕАКЦИЯ <input type="checkbox"/>				<b>ОТВАРЯ ОЧИТЕ</b> СПОНТАННО <input checked="" type="checkbox"/> 4 ПРИ ПОВИКВАНЕ <input checked="" type="checkbox"/> 3 ПРИ ДРАЗНЕНИЕ <input checked="" type="checkbox"/> 2 БЕЗ РЕАКЦИЯ <input checked="" type="checkbox"/> 1 <b>ВЕРБАЛЕН ОТГОВОР</b> ОРИЕНТИРАН <input checked="" type="checkbox"/> 5 ОБЪРКАН <input checked="" type="checkbox"/> 4 НЕ АДЕКВАТЕН <input checked="" type="checkbox"/> 3 НЕ РАЗБИРАЕМ <input checked="" type="checkbox"/> 2 ЛИПСА <input checked="" type="checkbox"/> 1 <b>ДВИГАТЕЛНА РЕАКЦИЯ</b> ПОДЧИНАВА СЕ <input checked="" type="checkbox"/> 6 ОРИЕНТИРАНА <input checked="" type="checkbox"/> 5 РАЗХВЪРПЯНА <input checked="" type="checkbox"/> 4 ФЛЕКСИОННА <input checked="" type="checkbox"/> 3 ЕКСТЕНЗИОННА <input checked="" type="checkbox"/> 2 БЕЗ РЕАКЦИЯ <input checked="" type="checkbox"/> 1			<b>ЧЕСТОТА/мин.</b> 10-24 <input checked="" type="checkbox"/> 4 25-35 <input type="checkbox"/> 3 >35 <input type="checkbox"/> 2 10+ <input type="checkbox"/> 1 0 <input type="checkbox"/> 0 <b>ТИП</b> НОРМАЛНО <input checked="" type="checkbox"/> 2 НЕ АДЕКВАТНО <input type="checkbox"/> 1 ЦИАНОЗА <input type="checkbox"/>			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>ГЛАВА</th> <th>ГРЪБ</th> <th>ГЪРДИ</th> <th>КОРЕМ</th> <th>ТАЗ</th> <th>Г. КР.</th> <th>Д. КР.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ФРАКТУРА</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>КОНТУЗ</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>РАНА</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>35</td> <td>36</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>ИЗГЪР</td> <td>41</td> <td>42</td> <td>43</td> <td>44</td> <td>45</td> <td>46</td> <td>47</td> </tr> </tbody> </table>				ГЛАВА	ГРЪБ	ГЪРДИ	КОРЕМ	ТАЗ	Г. КР.	Д. КР.	ФРАКТУРА	11	12	13	14	15	16	17	КОНТУЗ	21	22	23	24	25	26	27	РАНА	31	32	33	34	35	36	37	ИЗГЪР	41	42	43	44	45	46	47
	ГЛАВА	ГРЪБ	ГЪРДИ	КОРЕМ	ТАЗ	Г. КР.	Д. КР.																																													
ФРАКТУРА	11	12	13	14	15	16	17																																													
КОНТУЗ	21	22	23	24	25	26	27																																													
РАНА	31	32	33	34	35	36	37																																													
ИЗГЪР	41	42	43	44	45	46	47																																													
				<b>ХЕМОДИНАМИКА</b>			<b>ПРИЧИНЕНИ ОТ</b>																																													
				<b>СЪРДЕЧНА ЧЕСТОТА</b> <i>90</i> / мин R.R. <input type="checkbox"/> <i>110</i> / мин <b>КЪРВЕНЕ</b> ВЪТРЕШНО <input checked="" type="checkbox"/> ВЪНШНО <input type="checkbox"/>			П.Т.П. <input type="checkbox"/> ИЗГЪРЯНЕ <input type="checkbox"/> ОГНЕСТР. ОР. <input type="checkbox"/> ИНТОКС. МЕД. <input type="checkbox"/> УДАР ЕЛ. ТОК <input type="checkbox"/> ПРОНИКА. РАНА <input type="checkbox"/> ИНТОКС. СО <input type="checkbox"/> ОБЕСВАНЕ <input type="checkbox"/> УДАВИНЕ <input type="checkbox"/> ИНТОКС. ДРУГА <input type="checkbox"/> УДАР <input type="checkbox"/> ДРУГО <input type="checkbox"/>																																													
<b>ДОПЪЛНИТЕЛЕН КЛИНИЧЕН ПРЕГЛЕД</b>				<b>АРИТМИИ</b>																																																
				БРАДИКАРДИЯ < 50/мин <input type="checkbox"/> ВЕНТРИК. ФИБР. <input type="checkbox"/> ТАХИКАРДИЯ > 140/мин <input type="checkbox"/> ВЕНТРИК. ТАХИК. <input type="checkbox"/> А.В. БЛОК <input type="checkbox"/> ЕЛЕК. МЕД. ДИС. <input type="checkbox"/> АСИСТОЛИЯ <input type="checkbox"/> ДРУГО <input type="checkbox"/>																																																
<b>РАБОТНА ДИАГНОЗА</b> <i>X. Enzepel. Chronica</i>																																																				
<b>ЛЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛТАТИ</b>																																																				
<b>ШИНИРАНЕ</b>		<b>ДИХАТ ТЕРАПИЯ</b>		<b>ХЕМОД ТЕРАПИЯ</b>		<b>ВЛИВАНИЯ</b>		<b>ЛЕКАРСТВА И ДОЗИ</b>																																												
НЯМА <input type="checkbox"/> ЯКА <input type="checkbox"/> ГОР. КР. <input type="checkbox"/> ДОЛ. КР. <input type="checkbox"/> ССООР <input type="checkbox"/> ДЮШЕК <input type="checkbox"/>		НЯМА <input type="checkbox"/> ВЪЗДУХОПРОВОД <input type="checkbox"/> ИНТУБАЦИЯ <input type="checkbox"/> ТРАХЕОСТОМИЯ <input type="checkbox"/> СПОНТ. ДИШ. <input type="checkbox"/> АСИСТ. ДИШ. <input type="checkbox"/>		<b>ИНФУЗИОНЕН ПЪТ</b> НЯМА <input type="checkbox"/> ПЕРИФЕРЕН <input type="checkbox"/> ЦЕНТРАЛЕН <input type="checkbox"/> <b>МОНИТОРИНГ</b> НЯМА <input type="checkbox"/> Е.К.Г. <input type="checkbox"/> Е.К.Г. (12 О) <input type="checkbox"/> R.R. (манш) <input type="checkbox"/>		НЯМА <input type="checkbox"/> ХАРТМАН <input type="checkbox"/> ser GL 5% <input type="checkbox"/> SER. phys <input type="checkbox"/> КОЛОИДИ <input type="checkbox"/> ДРУГИ <input type="checkbox"/>		<i>Tramalgin 1comp im</i>																																												
<b>ДРЕНАЖ</b>						<b>ЕВОЛЮЦИЯ</b>		<b>СМЪРТ</b>																																												
НЯМА <input type="checkbox"/> н.т. СОНДА <input type="checkbox"/> ТОРАК ДРЕН. <input type="checkbox"/> КАТЕТЕР <input type="checkbox"/>		FIO2 0.21 <input type="checkbox"/> 0.40 <input type="checkbox"/> 0.60 <input type="checkbox"/> 1.00 <input type="checkbox"/>				+ <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>		на МЯСТО <input type="checkbox"/> в ЛИНЕЙКА <input type="checkbox"/> в БОЛНИЦА <input type="checkbox"/>																																												
<i>11588</i>		<b>ТОЗИ ЛИСТ ОТ МЕДИЦИНСКОТО ДОСИЕ ТРЯБВА ДА ПРИДРУЖАВА ПАЦИЕНТА ПРИ ВСИЧКИ ОБСТОЯТЕЛСТВА И Е НЕРАЗДЕЛНА ЧАСТ ОТ ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО.</b>				<b>ПРЕДАЛ ПАЦИЕНТА:</b> <i>Д-р Мител Зубаров</i> (П) <b>ПРИЕЛ ПАЦИЕНТА:</b> (П)																																														