

Notfallprotokoll für First-Responder & Betriebsanität

Patient*in			Datum:
Name:	Geb. Dat.:	<input type="checkbox"/> m	Zeit:
Vorname:	Telefon:	<input type="checkbox"/> w	Notfallort:
<input type="checkbox"/> MA intern <input type="checkbox"/> extern	Arbeitsort:	<input type="checkbox"/> 144 alarmiert (Zeit):	

REANIMATION: Person bewusstlos & ohne Atmung		
Startzeit:	Eintreffen AED:	Anzahl Schocks:

Patientenbeurteilung (Primary survey)		Sofortmassnahmen
eXsanguination:	<input type="checkbox"/> starke äussere Blutung	<input type="checkbox"/> Blutung stoppen
Airway: Atemwege Halswirbelsäule (HWS)	<input type="checkbox"/> Atemwege frei <input type="checkbox"/> Atemwege verlegt <input type="checkbox"/> HWS-Trauma	<input type="checkbox"/> Heimlichmanöver <input type="checkbox"/> Manuelle HWS-Fixation
Breathing: Atmung <input type="checkbox"/> Atemnot	Frequenz: _____ /min <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig SpO ₂ : _____ %	Geräusche: _____ <input type="checkbox"/> Sauerstoff: _____ l/min <input type="checkbox"/> Beatmen
Circulation: Kreislauf <input type="checkbox"/> äussere Blutung <input type="checkbox"/> Verdacht innere Blutung (4B)	Pulsfrequenz: _____ /min <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> kräftig <input type="checkbox"/> flach Hautkolorit: _____ <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/> kalt <input type="checkbox"/> kaltschweissig Rekap.zeit: <input type="checkbox"/> <2s <input type="checkbox"/> >2s	<input type="checkbox"/> Blutung stoppen <input type="checkbox"/> Reanimation
Disability: Bewusstsein Neurologische Ausfälle BE-FAST-Check	<input type="checkbox"/> wach & orientiert <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung <input type="checkbox"/> Reaktion Ansprache <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Reaktion Schmerzreiz <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> keine Reaktion <input type="checkbox"/> Lähmungen Blutzucker: _____ mmol/l Letzt. Norm.zustand: _____	<input type="checkbox"/> Stabile Seitenlage
Exposure: Schutz	<input type="checkbox"/> Weitere Verletzungen:	<input type="checkbox"/> Wärmeerhalt

Anamnese	Messungen	Zeit:	Zeit:
Symptome:	Puls [/min]		
Allergien:	Blutdruck [mmHg]		
Medikamente:	SpO ₂ [%]		
Patientengeschichte:	Blutzucker [mmol/l]		
Letzte Einnahme/ Ausscheid.:			
Ereignis, aktuell:			
Risikofaktoren:			

Schmerzen
Onset (Beginn):
Provocation, Palliation (Verstärkung, Linderung):
Qualität:
Region, Ausstrahlung:
Stärke (1-10):
Time (zeitlicher Verlauf):

Massnahmen, Bemerkungen

Übergabe/Entlassung	Zeit: _____ wohin? ==>	<input type="checkbox"/> Rettungsdienst	<input type="checkbox"/> Spital	<input type="checkbox"/> Arzt /Ärztin	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> nach Hause
----------------------------	---------------------------	---	---------------------------------	---------------------------------------	--

Ersthelfende		Einsatzende
Zeugen		Zeit: _____

Protokoll zurück an:	
-----------------------------	--