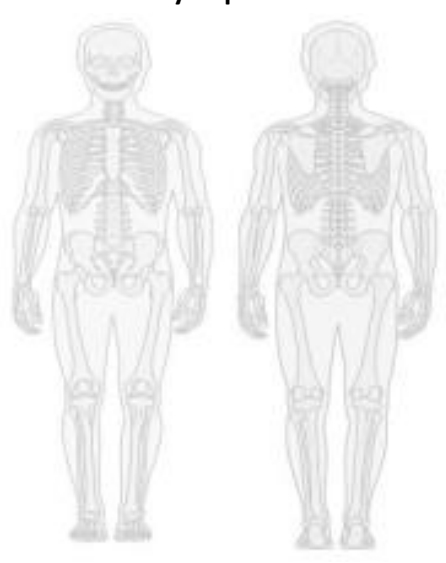


Звіт про проведені дії (TCCC AAR)

Дата: _____ Час: _____		<input type="checkbox"/> Місцевий	<input type="checkbox"/> UTC	Країна: _____		Театр БД: _____					
Поранення		<input type="checkbox"/> Бойове:	<input type="checkbox"/> Поранений у бою	<input type="checkbox"/> Вбитий у бою	<input type="checkbox"/> Помер від ран	<input type="checkbox"/> Небойове:	<input type="checkbox"/> Живий <input type="checkbox"/> Загинув				
Евакуаційна категорія:		<input type="checkbox"/> Невідкладна	<input type="checkbox"/> Пріоритетна	<input type="checkbox"/> Звичайна							
<input type="checkbox"/> Ноші	Тип: _____	Час: _____									
<input type="checkbox"/> Наземний транспорт	Тип: _____	Час: _____									
<input type="checkbox"/> Повітряний транспорт	Тип: _____	Час: _____									
<input type="checkbox"/> Водний транспорт	Тип: _____	Час: _____									
Демографічні дані		Прізвище: _____		Ім'я: _____		Звання: _____					
Стать <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж	Ід. номер: _____	Д. нар. _____	Підрозд _____	Особ#: _____	Завдання# _____						
Інформація про рятувальників на місці поранення	Рятувальник (не медик)	Прізвище: _____		Ім'я: _____		Звання: _____					
	Інша особа	Прізвище: _____		Ім'я: _____		Звання: _____					
	Медик	Прізвище: _____		Ім'я: _____		Звання: _____					
М - Механізм поранення		I - Інформація про поранення		Позначте зону поранення							
<input type="checkbox"/> Десантна операція <input type="checkbox"/> Авіакатастрофа <input type="checkbox"/> Вибух - СВП, Міна (протипіхотні) <input type="checkbox"/> Вибух - СВП, Міна (у транспорті) <input type="checkbox"/> Вибух - РПГ, граната <input type="checkbox"/> Вибух (артилерія, міномет, ракета) <input type="checkbox"/> Вибух - інший <input type="checkbox"/> Обвал/Розчавлення/Стиснення <input type="checkbox"/> Пожежа/Вибух через пожежу <input type="checkbox"/> Падіння, з _____ метрів <input type="checkbox"/> Осколкове поранення <input type="checkbox"/> Вогнепальне <input type="checkbox"/> ДТП <input type="checkbox"/> Вплив середовища _____ <input type="checkbox"/> Інше: _____		<input type="checkbox"/> Ампутація <input type="checkbox"/> Кровотеча <input type="checkbox"/> Опік, площа _____ % <input type="checkbox"/> Крепітація <input type="checkbox"/> Деформація <input type="checkbox"/> Пошкодження шкіри (скальповані) <input type="checkbox"/> Забій <input type="checkbox"/> Перелом <input type="checkbox"/> Вогнепальна рана <input type="checkbox"/> Гематома <input type="checkbox"/> Рвана рана <input type="checkbox"/> Біль <input type="checkbox"/> Множинні дрібні поранення <input type="checkbox"/> Колота рана									
С - Симптоми											
Первинні показники				Останні показники							
Час _____		Час _____		Час _____		Час _____					
<input type="checkbox"/> А	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> U	ШКГ: _____/15 (Е _____/4	<input type="checkbox"/> А	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> U	ШКГ: _____/15 (Е _____/4		
V _____ /5,	M _____ /6)	RR: _____	ЧСС: _____	АТ: _____	V _____ /5,	M _____ /6)	RR: _____	ЧСС: _____	АТ: _____		
pOx (%): _____		Біль (/10): _____		EtCO2 (мм.рт.ст): _____		pOx (%): _____		Біль (/10): _____		EtCO2 (мм.рт.ст): _____	
Е - розплющення очей	4: довільне, 3: на звернену мову, 2: на больові подразники, 1: відсутнє										
М - рухова реакція	6: виконує команди, 5: цілеспрямована на больовий подразник, 4: нецілеспрямована на больовий подразник, 3: тонічне згинання, 2: тонічне розгинання, 1: відсутня										
V - мовна реакція	5: орієнтованість повна, 4: сплутана, 3: незрозумілі слова, 2: окремі звуки, 1: відсутня										

Звіт про проведені дії (TCCC AAR)

Т - Терapia/Надана допомога											
Масивна кровотеча (турнікети, гемостатичні засоби)					Дихальні шляхи						
Час <input type="text"/>	Місце <input type="text"/>	Тип <input type="text"/>	Зняли о: <input type="text"/>	Час <input type="text"/>	Тип <input type="text"/>	Розмір <input type="text"/>	Глибина <input type="text"/>	@ <input type="text"/>			
Час <input type="text"/>	Місце <input type="text"/>	Тип <input type="text"/>	Зняли о: <input type="text"/>	Час <input type="text"/>	Тип <input type="text"/>	Розмір <input type="text"/>	Глибина <input type="text"/>	@ <input type="text"/>			
Час <input type="text"/>	Місце <input type="text"/>	Тип <input type="text"/>	Зняли о: <input type="text"/>	Час <input type="text"/>	Тип <input type="text"/>	Розмір <input type="text"/>	Глибина <input type="text"/>	@ <input type="text"/>			
Час <input type="text"/>	Місце <input type="text"/>	Тип <input type="text"/>	Зняли о: <input type="text"/>	Час <input type="text"/>	Тип <input type="text"/>	Розмір <input type="text"/>	Глибина <input type="text"/>	@ <input type="text"/>			
Дихання <input type="checkbox"/> Самостійне <input type="checkbox"/> З зусиллями <input type="checkbox"/> Штучне <input type="checkbox"/> Штучне з використанням мішка Амбу Час _____											
NM - не медик, M- медик, OP -інший											
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Окл. наліпка	Тип: _____						_____	_____
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Голкова декомпресія	Місце	<input type="checkbox"/> 2 МРБ	<input type="checkbox"/> 5 МРБ	кіл-ть спроб	Розмір голки/катетера	_____		
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Дренаж	<input type="checkbox"/> Пальцева оракоств.	<input type="checkbox"/> Виділення	<input type="checkbox"/> Повітря	Кров (мл)	_____	_____		
Кровообіг Час _____											
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Венозний катетер							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Пристрій для ВК доступу							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> ТХА - транекс. кисл.							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Препарати крові							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> ВВ розчини							_____	
Інші інтервенції Час _____											
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Тазовий бандаж							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Поперед. гіпотермії							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Щиток для ока							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Шина							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Шийний комір							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Конверсія турнікета							_____	
Медикаменти Час _____											
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Військовий набір таблеток для лікування ран							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Анальгетик							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Анальгетик							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Анальгетик							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Анальгетик							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Антибіотик							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Антибіотик							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Інші ліки							_____	
<input type="checkbox"/> NM	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Інші ліки							_____	

Звіт про проведені дії (TCCC AAR)

Коментарі \ додаткова допомога:

Залишити без змін (ваш коментар з приводу речей, які гарно працюють і не потребують змін - стосовно надання допомоги, обладнання, евакуації, операцій):

Потребує змін (ваш коментар з приводу речей, які потребують змін - стосовно надання допомоги, обладнання, евакуації, операцій):

Прізвище: _____ Номер: _____