

KMCR: WYWIAD I OPIS

Zwarte moduły opisu + checklista końcowa

5 ELEMENTÓW, KTÓRYCH NIE WOLNO ZGUBIĆ

- ☐ Dokładna chronologia objawów: początek, nagłość, dynamika, czynniki nasilające/łagodzące, objawy towarzyszące i istotne objawy zaprzeczane.
- ☐ Stan wyjściowy pacjenta: samodzielność, komunikacja, deficyty neurologiczne, tlenoterapia/urządzenia, jeśli wpływają na ocenę.
- ☐ Parametry życiowe wraz z godziną oraz ich trend, nie tylko pojedynczy pomiar.
- ☐ Wykonane czynności: wskazanie, godzina, dawka/droga podania lub ustawienie sprzętu oraz efekt i ponowna ocena.
- ☐ Przy urazie: mechanizm, lokalizacja, strona, wymiary, krwawienie, zanieczyszczenie, stan naczyniowo-nerwowy dystalnie i ograniczenia badania.

1 / WYWIAD

RDZENIE Wezwanie do pacjenta/pacjentki [X] z powodu [YY]. Pacjent/pacjentka zgłasza [ZZ]. Objawy od [data, godzina], rozpoczęły się [nagle/stopniowo], obecnie [narastają/ustępują/bez zmian].

- ☐ Początek i przebieg: data, godzina, nagłość, dynamika; lokalizacja, charakter i nasilenie dolegliwości.
- ☐ Czynniki nasilające/łagodzące, dotychczasowe działania i ich efekt.
- ☐ Objawy towarzyszące i istotne objawy zaprzeczane - dobrane do problemu.
- ☐ Choroby przewlekłe, przyjmowane leki, alergie i rodzaj reakcji.
- ☐ Ostatnie hospitalizacje/zabiegi z konkretnymi datami; inne informacje istotne dla wezwania.
- ☐ Stan wyjściowy oraz źródło wywiadu, jeśli informacja nie pochodzi bezpośrednio od pacjenta.

TŁO Pacjent choruje na [AAA], przyjmuje [BBB]. Alergie [nie zgłasza / podaje: ...]. Ostatnio hospitalizowany [data od-do] z powodu [...]. Stan wyjściowy: [...]. Wywiad od [pacjent/rodzina/świadek/dokumentacja].

CZAS Pisz: „objawy od 14.08.2026, godz. 14:00 (około 4 h przed badaniem)”, nie: „od 4 h”, „tydzień temu” ani „w ubiegły czwartek”.

2 / STAN ZASTANY I KONTAKT

STAN ZASTANY W momencie przyjazdu ZRM pacjent zastany [miejsce, pozycja], około [X] m od miejsca zdarzenia. Po zdarzeniu [przeszedł samodzielnie / został przeniesiony przez ...].

- ☐ W pełnym kontakcie słownym i logicznym.
- ☐ Na pytania odpowiada logicznie, adekwatnie i na temat; rozumie kierowane komunikaty.
- ☐ W pełni zorientowany auto- i allopsychicznie.
- ☐ Jeśli opis dotyczy zgody/odmowy: zapisz również, czy pacjent rozumie przekazane informacje i następstwa decyzji.

3 / BADANIE OPISOWE

OPIS KIERUNKOWY Opis ma być kierunkowy i celowy – opisujesz tylko to, co faktycznie wnosi coś do stanu pacjenta, a więc objawy potwierdzające diagnozę (np. dodatni objaw Goldflama po stronie lewej przemawia za kolka nerkową/kamicą) oraz obalające podejrzenia (np. w badaniu neurologicznym (...) nie stwierdza się świeżych objawów ogniskowych).

PARAMETRY Parametry życiowe zapisuj z godziną. Powtórz pomiar po istotnej czynności, przy zmianie stanu oraz przed transportem/przekazaniem albo pozostawieniem na miejscu.

Brzuch

PRZYKŁAD Brzuch miękki, niebolesny palpacyjnie, bez oporów patologicznych. Perystaltyka obecna. Objawy Blumberga, Rovsinga, Chełmońskiego i Jaworskiego ujemne; objaw Goldflama obustronnie ujemny.

Układ oddechowy

PRAWIDŁOWO Osłuchowo nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy, symetryczny obustronnie, bez dodatkowych zjawisk osłuchowych.

ODCHYLENIE [Furczenia/trzeszczenia/rzężenia drobno- lub grubobańkowe/świsty/ściskanie/brak szmeru] [jedno-/obustronnie] w [dokładna lokalizacja: podstawa/szczyt, przód/tył, okolica międzyłopatkowa, przestrzeń międzyżebrowa].

Układ krążenia

PRZYKŁAD Tony serca [miarowe/niemiarowe], [ciche/wyraźne/głośnie/dźwięczne]. [Jeśli obecny:] szmer [skurczowy/rozkurczowy], najgłośniejszy nad [punkt], z promieniowaniem do [miejsce].

Neurologicznie

PRZYKŁAD Bez nowych odchyłeń od stanu wyjściowego. Siła mięśniowa i czucie obwodowo zachowane, symetryczne, bez objawów ogniskowych. Nerwy czaszkowe w zakresie dostępnym badaniu bez uchwytnych deficytów. Objawy Brudzińskiego i Kerniga ujemne, objaw Babińskiego obustronnie ujemny. Diadochokineza prawidłowa, próba palec-nos bez odchyłeń, próba Romberga ujemna.

OGRANICZENIE Ze względu na [ograniczenia ruchowe/ból/brak współpracy/warunki] badanie ma ograniczoną wartość. W zakresie możliwym do przeprowadzenia stwierdzono [...]; nie oceniono [...].

Urazy i rany

ZŁAMANIE Podejrzenie złamania [kość, strona] w obrębie [podstawa/trzon/głowa; część bliższa/środkowa/dalsza], na wysokości [punkt anatomiczny]. Dystalnie: czucie [...], ruch [...], ukrwienie [...].

RANA TŁUCZONA Widoczna rana tłuczona w okolicy gładziny, poprzeczna, powierzchowna, długości około 4 cm. Krwawienie [...], brzegi [...], zanieczyszczenie [...].

RANA GŁOWY Rana w okolicy szwu węglowego, w pobliżu linii pośrodkowej, pionowa, długości około 6 cm, o głębokości [ocenionej/niemożliwej do wiarygodnej oceny]. Widoczne [...]; podejrzenie urazu drążącego/uszkodzenia kości czaszki.

4 / PRAWDŁOWY OPIS EKG

WZÓR W EKG RZM (rytm zatokowy, miarowy) o częstości ok. [X]/min, oś elektryczna serca ok. [XX]st., normogram/lewogram/prawogram. P w normie, PQ <200ms, QRS <110ms, o prawidłowej morfologii. ST-T bez uniesień i deniwelacji, T w normie. Bez cech świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego.

5 / CZYNNOŚCI I PONOWNA OCENA

WZÓR O godz. [hh:mm] wykonano/podano [czynność/lek, dawka, droga/ustawienia] z powodu [wskazanie]. Po [X] min: [efekt, zmiana objawów i parametrów]. Ponowna ocena o godz. [hh:mm]: [...].

6 / ZAKOŃCZENIE INTERWENCJI

Pozostawienie na miejscu

WZÓR Pacjent pozostał na miejscu zdarzenia z zaleceniami, pod opieką [rodziny/opiekuna]. Zalecono konsultację [POZ/NŚPL/specjalista] w terminie [konkretnie] w celu [...]. W przypadku [objawy alarmowe] zalecono pilne zgłoszenie się do SOR lub ponowne wezwanie ZRM.

Odmowa transportu

WZÓR Pacjent odmówił transportu do szpitala mimo wskazań. Poinformowano o [podejrzeniu], zalecanym postępowaniu i możliwych następstwach odmowy, w tym [...]. Pacjent rozumie przekazane informacje, podtrzymuje odmowę. W przypadku zmiany decyzji lub pogorszenia stanu zalecono ponowne wezwanie ZRM.

Transport do SOR

WZÓR Pacjent przewieziony do [placówka/SOR] ze względu na konieczność poszerzenia diagnostyki [obrazowej/laboratoryjnej], z podejrzeniem [...]. Stan przed przekazaniem: [...]. Przekazany [odbiorca] o godz. [hh:mm].

Oddział udarowy

WZÓR Po konsultacji z DMW uzgodniono transport do oddziału udarowego w [placówka]. Po konsultacji o godz. [hh:mm] z lekarzem dyżurnym oddziału udarowego pacjent wstępnie zakwalifikowany do pilnej trombolizy. SOR/oddział poinformowano o transporcie o godz. [hh:mm].

Przekazanie LPR

WZÓR Pacjent przekazany zespołowi LPR R16 o godz. [hh:mm] w [miejsce]. Przekazano wywiad, wyniki badania, parametry i ich trend, wykonane czynności oraz odpowiedź na leczenie. Stan przy przekazaniu: [...].

Kardiologia inwazyjna / PCI

KWALIFIKACJA Po konsultacji o godz. [hh:mm] z lekarzem dyżurnym kardiologii interwencyjnej w [placówka] pacjent wstępnie zakwalifikowany do PCI. Uzgodniono transport do [...]. Pacjent poinformowany o planowanym postępowaniu, wstępnie wyraził zgodę.

BRAK KWALIFIKACJI Po konsultacji o godz. [hh:mm] z lekarzem dyżurnym kardiologii interwencyjnej w [placówka] pacjent nie został zakwalifikowany do PCI na tym etapie. Zalecono transport do [SOR] w celu pogłębienia diagnostyki laboratoryjnej, w tym oznaczenia hs-cTn.

Zgon po NZK

WZÓR Odstąpiono od RKO po [XX] minutach ze względu na brak zmiany rytmu/nieskuteczność interwencji/niewielkie szanse na powrót spontanicznego krążenia.

Po zakończeniu czynności przeprowadzono badanie post-mortem – osłuchiwałem klatkę piersiową w poszukiwaniu fenomenów osłuchowych, w szczególności tonów serca przez ok. 60s – tonów nie stwierdzono. Obecne/nieobecne pewne oznaki śmierci pod postacią plam opadowych/stężenia pośmiertnego.

Zgon przed przybyciem

WZÓR W momencie przyjazdu ZRM pacjent zastany w pozycji [X]. Według słów świadków zdarzenia był/nie był przemieszczany.

Obecne pewne oznaki śmierci w postaci:

plamy opadowe (przemieszczalne/nieprzemieszczalne/w pełni wykształcone; blednące/nieblednące po ucisku)

stężenie pośmiertne obejmujące (mięśnie żwacze, kończyny górne, kończyny dolne, duże grupy mięśniowe)

rozkład w lekkim/umiarkowanym/znacznym stopniu zaawansowania (opisać)

Strupiszenie (mumifikację)

Saponifikację

Stwierdzono następujące obrażenia/nie stwierdzono obrażeń; Stwierdzono obrażenia niekompatybilne z życiem (np. dekapitację).

Przeprowadziłem badanie post-mortem – sprawdziłem przytomność i reakcję na bodźce głosowe i bólowe – bez reakcji; osłuchiwałem klatkę piersiową przez ok. 60s w poszukiwaniu fenomenów osłuchowych – brak tętna, brak słyszalnych tonów, brak szmerów oddechowych; w zapisie EKG asystolia;

W związku z powyższym stwierdziłem zgon pacjenta.

Wykluczam/nie wykluczam udziału osób trzecich. Powiadomiona/niepowiadomiona została policja.

Zwłoki pozostawiłem pod opieką PP (Patrolu Policji)/rodziny.

Poinformowałem o dalszych krokach koniecznych z punktu widzenia administracyjnego.

Wydałem/nie wydałem karty zgonu, którą przekazałem [XXX].

Wydałem/nie wydałem karty informacyjnej, którą przekazałem [XXX].

CHECKLISTA KOŃCOWA / QUICK REFERENCE**WYWIAD**

- ☐ Powód wezwania i główna dolegliwość.
- ☐ Początek: konkretna data i godzina; nagły/stopniowy.
- ☐ Dynamika, charakter, lokalizacja i nasilenie objawów.
- ☐ Czynniki nasilające/łagodzące; działania przed przyjazdem i efekt.
- ☐ Objawy towarzyszące oraz istotne objawy zaprzeczane.
- ☐ Choroby przewlekłe, leki, alergie i rodzaj reakcji.
- ☐ Ostatnie hospitalizacje/zabiegi z datami.
- ☐ Stan wyjściowy i źródło wywiadu.

STAN ZASTANY I KONTAKT

- ☐ Miejsce i pozycja pacjenta.
- ☐ W urazie: mechanizm oraz przemieszczenie po zdarzeniu.
- ☐ Kontakt słowny i logiczny; odpowiedzi adekwatne i na temat.
- ☐ Orientacja auto- i allopsychiczna.
- ☐ Przy zgodzie/odmowie: rozumienie informacji i konsekwencji.

BADANIE I PARAMETRY

- ☐ Parametry życiowe z godziną.
- ☐ Trend parametrów po czynnościach i przed zakończeniem interwencji.
- ☐ Istotne odchylenia w badaniu układów.
- ☐ Istotne objawy ujemne rzeczywiście zbadane.
- ☐ Ograniczenia badania i elementy nieocenione.

URAZ

- ☐ Mechanizm, strona i dokładna lokalizacja.
- ☐ Wymiary, krwawienie, brzegi i zanieczyszczenie rany.
- ☐ Deformacja/obrzęk/bolesność - jeśli występują.
- ☐ Stan naczyniowo-nerwowy dystalnie.
- ☐ Przemieszczenie pacjenta po zdarzeniu i przez kogo.

EKG, CZYNNOŚCI, PONOWNA OCENA

- ☐ EKG: RZM, częstość, oś, P, PQ, QRS, ST-T, T.
- ☐ Każda czynność ma wskazanie i godzinę.
- ☐ Lek: dawka i droga; sprzęt: istotne ustawienia.
- ☐ Efekt czynności i ponowna ocena z godziną.

ZAKOŃCZENIE

- ☐ Decyzja: pozostawienie / odmowa / transport / przekazanie.
- ☐ Uzasadnienie decyzji i miejsce docelowe.



- ☐ Konsultacja: z kim, kiedy i co uzgodniono.
- ☐ Przy odmowie: ryzyko, zrozumienie informacji, podtrzymanie decyzji.
- ☐ Zalecenia z konkretnym terminem i objawami alarmowymi.
- ☐ Stan przy przekazaniu oraz godzina i odbiorca.

MD LATARNIK Materiał szkoleniowy / quick reference do pracy z opisem KMCR.