

## UVJERENJE O POLOŽENOM DRŽAVNOM ISPITU

Ime i prezime

osobni identifikacijski broj (OIB)

polagao/la je dana \_\_\_\_\_ godine, državni ispit za \_\_\_\_\_ razinu. Potvrđuje se da je gore navedena osoba upisana u Očevidnik o polaganju državnog ispita pod rednim brojem \_\_\_\_\_.

Na temelju članka 9. stavka 2. točke 22. Zakona o upravnim pristojbama (»Narodne novine«, broj 115/16 i 114/22), ovo Uvjerenje oslobođeno je od plaćanja upravnih pristojbi.

Ovlaštena osoba

## MINISTARSTVO RADA, MIROVINSKOGA SUSTAVA, OBITELJI I SOCIJALNE POLITIKE

1134

Na temelju članka 203. stavka 1. Zakona o radu (»Narodne novine«, broj 93/2014, 127/2017, 98/2019, 151/2022, 64/2023 – Odluka Ustavnog suda) ministar nadležan za rad donosi

### ODLUKU

#### O PROŠIRENJU PRIMJENE KOLEKTIVNOG UGOVORA O IZMJENAMA I DOPUNAMA KOLEKTIVNOG UGOVORA ZA GRADITELJSTVO (od 25. rujna 2015. godine) – sedme izmjene i dopune

## I.

Primjena Kolektivnog ugovora o izmjenama i dopunama Kolektivnog ugovora za graditeljstvo (od 25. rujna 2015. godine) – sedme izmjene i dopune, zaključenog 20. veljače 2024. i objavljenog u »Narodnim novinama« broj 29/2024 i 35/2024 – Ispravak, proširuje se na sve poslodavce i radnike u Republici Hrvatskoj u djelatnosti građevinarstva, područje F Nacionalne klasifikacije djelatnosti 2007. – NKD 2007. (»Narodne novine«, broj 58/2007 i 72/2007).

## II.

Ova Odluka stupa na snagu 1. lipnja 2024. i objavit će se u »Narodnim novinama«.

Klasa: 152-01/24-01/07

Urbroj: 524-03-02-01/1-24-11

Zagreb, 6. svibnja 2024.

Ministar  
Marin Piletić, v. r.

## MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

1135

Na temelju članka 138. stavka 6. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (»Narodne novine«, br. 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22,

33/23 i 36/24), uz prethodno pribavljeno mišljenje Hrvatske liječničke komore i Hrvatske komore medicinskih sestara, na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, ministar zdravstva donosi

## PRAVILNIK O ORGANIZACIJI I NAČINU OBAVLJANJA HITNE MEDICINE I SANITETSKOG PRIJEVOZA

## I. OPĆE ODREDBE

## Članak 1.

(1) Ovim se Pravilnikom uređuju organizacija i način obavljanja djelatnosti hitne medicine i hitnog medicinskog prijevoza i djelatnosti sanitetskog prijevoza u Republici Hrvatskoj.

(2) Izrazi koji se koriste u ovome Pravilniku, a imaju rodno značenje odnose se jednako na muški i ženski rod.

## Članak 2.

(1) *Djelatnost hitne medicine* obuhvaća hitno medicinsko zbrinjavanje svih osoba kojima je zbog bolesti, stradanja ili ozljede neposredno ugrožen život, pojedini organ ili dijelovi tijela, odnosno kod kojih bi u vrlo kratkom vremenu moglo doći do životne ugroženosti, a s ciljem maksimalnog skraćivanja vremena od nastanka hitnog stanja do konačnog medicinskog zbrinjavanja.

(2) *Hitan medicinski prijevoz* je prijevoz i pružanje medicinske skrbi životno ugroženoj osobi između kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica ili općih bolnica vozilom za hitni medicinski prijevoz s propisanom medicinsko-tehničkom opremom, uz pratnju doktora medicine iz bolničke ustanove koja inicira prijevoz i koji osigurava kontinuiranu skrb tijekom prijevoza.

(3) *Djelatnost sanitetskog prijevoza* obuhvaća prijevoz nepokretnih, teško pokretnih i bolesnika kojima zbog prirode bolesti nije preporučeno samostalno kretanje, u ili iz zdravstvene ustanove odnosno privatne ugovorene ordinacije u svrhu dobivanja zdravstvenih usluga.

## Članak 3.

(1) Mjere i postupci hitnog izvanbolničkog medicinskog zbrinjavanja u djelatnosti hitne medicine provode se na mjestu događaja ili u prostoru za reanimaciju/ambulantu zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba (u daljnjem tekstu: Zavod za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba) ili tijekom prijevoza oboljelih i ozlijeđenih osoba prijevoznim sredstvima hitne medicinske službe u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu, a mjere i postupci hitnog bolničkog medicinskog zbrinjavanja provode se u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi.

(2) Mjere i postupci hitnog medicinskog prijevoza provode se u vozilu hitne medicinske službe (u daljnjem tekstu: HMS).

(3) Mjere i postupci u djelatnosti sanitetskog prijevoza provode se tijekom primopredaje bolesnika te u vozilu za sanitetski prijevoz Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba.

## Članak 4.

(1) Djelatnost hitne medicine u Republici Hrvatskoj organizirana je po modelu cjelovitog sustava izvanbolničke i bolničke djelatnosti hitne medicine neprekidno 24 sata dnevno.

(2) Djelatnost sanitetskog prijevoza u Republici Hrvatskoj organizirana je neprekidno 24 sata dnevno.

(3) Djelatnost hitne medicine organizira se i provodi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite.

(4) Djelatnost sanitetskog prijevoza organizira se i provodi na primarnoj razini zdravstvene zaštite.

(5) Organizacija djelatnosti hitne medicine podrazumijeva funkcionalnu povezanost i usklađenost na svim horizontalnim i vertikalnim razinama te suradnju svih pružatelja zdravstvene zaštite, telemedicinsku konzultaciju, ovisno o opsegu i složenosti poslova, karakteristikama pojedinih područja i drugim objektivnim okolnostima.

## II. ORGANIZACIJA I NAČIN OBAVLJANJA IZVANBOLNIČKE HITNE MEDICINE

### Članak 5.

(1) Djelatnost hitne medicine u izvanbolničkim uvjetima obavljaju Zavodi za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavod Grada Zagreba kopnom, morem i zrakom.

(2) Izvanbolničko hitno medicinsko zbrinjavanje obavezan je pružiti onaj Zavod za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Zavod Grada Zagreba čiji je tim najbliži mjestu događaja na kojem je nastupila potreba hitnog medicinskog zbrinjavanja, neovisno o granicama jedinica područne (regionalne) samouprave, uz koordiniranje medicinske prijavno-dojavne jedinice zavoda kojoj je događaj prijavljen, osim ako općim aktom Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu nije utvrđeno drugačije.

(3) Ako Zavod za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Zavod Grada Zagreba iz stavka 2. ovoga članka nije u mogućnosti pružiti potrebno hitno medicinsko zbrinjavanje, obavezan je zatražiti sudjelovanje najbližeg Zavoda za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba putem medicinske prijavno-dojavne jedinice.

(4) Hitan medicinski prijevoz provodi Tim hitnog medicinskog prijevoza vozilom HMS-a kojem se pridodaje doktor medicine iz bolnice koja inicira prijevoz.

### Članak 6.

Zavod za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Zavod Grada Zagreba obavlja sljedeće poslove izvanbolničke hitne medicine:

- zaprima hitne medicinske pozive te upućuje timove na intervencije i upravlja komunikacijskim sustavom,
- obavlja hitno medicinsko zbrinjavanje oboljelih i ozlijeđenih osoba,
- sudjeluje u provođenju postupaka telekonzultacijskih usluga unutar djelatnosti hitne medicine,
- u slučaju potrebe prevozi ozlijeđene, odnosno oboljele osobe u najbližu zdravstvenu ustanovu koja može pružiti odgovarajuću razinu zdravstvene skrbi,
- surađuje s drugim zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima u dijagnostici i liječenju,
- sudjeluje u organizaciji i provedbi zdravstvene zaštite u izvanrednim okolnostima u koordinaciji s Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu,
- osigurava provođenje općih akata, obvezujućih standardnih operativnih postupaka, protokola rada i algoritama postupanja u djelatnosti hitne medicine,
- koordinira suradnju s drugim zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima u zbrinjavanju hitnih pacijenata,

– osigurava opremljenost vozila i timova prema utvrđenim standardima,

– vodi propisanu dokumentaciju i na zahtjev Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu dostavlja zatražena izvješća,

– obavlja i druge poslove na zahtjev i u suradnji s Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu,

– sudjeluje u organizaciji i provođenju hitnog medicinskog prijevoza,

– sudjeluje u organizaciji i provođenju hitnog zračnog medicinskog prijevoza,

– sudjeluje u organizaciji i provođenju hitnog pomorskog medicinskog prijevoza.

### Članak 7.

(1) U organizaciju izvanbolničke hitne medicine uključeni su i timovi koje iznad standarda utvrđenih mrežom hitne medicine osigurava jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb i/ili jedinica lokalne samouprave.

(2) Na područjima na kojima je zbog tranzita i/ili boravka turista povećan broj korisnika zdravstvene zaštite, jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreba su obvezne, u suradnji s jedinicama lokalne samouprave, turističkom zajednicom, Hrvatskim autocestama, Hrvatskim cestama, drugim upraviteljima prometnica u Republici Hrvatskoj, Hrvatskim auto-klubom, Hrvatskim ronilačkim savezom, društvima za osiguranje i drugim zainteresiranim subjektima, organizirati i osigurati povećani broj timova hitne medicinske službe na određenome području u odnosu na broj timova određenih mrežom hitne medicine, sukladno posebnom sporazumu koji sklapa sa Zavodom za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavodom Grada Zagreba.

### 1. Medicinska prijavno-dojavna jedinica za izvanbolničku hitnu medicinu

#### Članak 8.

(1) Medicinska prijavno-dojavna jedinica (u daljnjem tekstu: MPDJ) za izvanbolničku hitnu medicinu organizira se na razini jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba.

(2) MPDJ je dispečerska služba izvanbolničke hitne medicine i odgovorna je za primanje poziva na standardizirani način prema Hrvatskom indeksu prijema hitnog poziva za medicinsku prijavno-dojavnu jedinicu, za upućivanje tima na intervenciju, koordinaciju svih timova te upravljanje komunikacijskim sustavom na svojem području i upravljanje audio-video nadzorom u ispostavama Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba.

(3) Hrvatski indeks prijema hitnog poziva za MPDJ iz stavka 2. ovoga članka donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu.

(4) Radnici MPDJ Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba prema Hrvatskom indeksu prijema hitnog poziva za MPDJ iz stavka 2. ovoga članka obavljaju prijem poziva, određuju stupanj hitnosti, upućuju tim na intervenciju, obavještavaju bolničku hitnu medicinsku službu o dolasku hitnoga pacijenta, surađuju s policijom, vatrogasnom službom i drugim odgovarajućim službama i daju savjete pozivatelju sukladno Hrvatskom indeksu prijema hitnog poziva za MPDJ.

(5) MPDJ odgovorna je za zaprimanje poziva za hitni medicinski prijevoz i koordinira njegovu provedbu.

(6) MPDJ obvezna je o velikoj nesreći odmah obavijestiti Hrvatski zavod za hitnu medicinu.

(7) MPDJ prema potrebi surađuje s medicinskim prijavno-dojavnim jedinicama drugih Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba, s bolničkim ustanovama i s drugim hitnim službama.

(8) Svi radnici MPDJ Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba moraju postupati sukladno standardnim operativnim postupcima, protokolima rada i algoritmima postupanja.

(9) Svi radnici MPDJ Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba moraju prije početka rada imati završen edukacijski program koji donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu i svoja znanja i vještine moraju obnavljati jednom u tri godine.

(10) Svi radnici koji nemaju završene propisane edukacije ili im je istekao rok važenja potvrđnice o uspješno završenom edukacijskom programu ne ispunjavaju uvjete za rad u MPDJ Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba i ne mogu biti raspoređeni na radna mjesta za koje je propisana edukacija potrebna.

(11) Za obavljanje svih zadaća i radnih procesa MPDJ mora imati razvijenu tehničku podršku koja se sastoji od telekomunikacijskog sustava i računalno podržanog dispečerskog sustava.

#### Članak 9.

(1) Izvanbolnička hitna medicinska služba se poziva na broj 194.

(2) Veza između vozila hitne medicinske službe i MPDJ Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba provodi se putem TETRA radio-komunikacijskog sustava, a iznimno putem javne mobilne mreže.

(3) Putem TETRA radio-komunikacijskog sustava i javne mobilne mreže osigurava se komunikacija između vozila hitne medicinske službe, MPDJ Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba, objedinjenog hitnog bolničkog prijema, Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu i Kriznog stožera Ministarstva zdravstva.

(4) Svi telefonski razgovori na liniji 194 kao i na TETRA radio-komunikacijskom sustavu u MPDJ Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba moraju se snimati i pohranjivati na trajnom mediju te biti dostupni za reprodukciju.

(5) MPDJ mora imati osiguranu mogućnost prijema poziva sa svim automatskim vanjskim defibrilatorima koji imaju mogućnost telefonskog povezivanja na svom području.

#### Članak 10.

(1) Zabranjena je svaka zlouporaba poziva na broj 194, što osobito obuhvaća sve vrste zlonamjernih ili uznemiravajućih poziva.

(2) Zlouporaba poziva na broj 194 je ostvarivanje poziva na broj 194 kojim se lažno dojavljuje o nepostojećem hitnom medicinskom slučaju te ostvarivanje poziva na broj 194 koji nije vezan za hitni medicinski slučaj, a koji pozivatelj uporno nastavlja unatoč opetovanim upozorenjima dispečera kako poziv nije u nadležnosti MPDJ Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba.

(3) Zlouporabu poziva na broj 194 dispečer MPDJ Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba dužan je prijaviti ovlaštenoj osobi Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba kao izvanredni događaj na za to pripisanom obrascu.

## 2. Hitno medicinsko izvanbolničko zbrinjavanje

### Članak 11.

(1) Doktor medicine u Timu 1 Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba obavlja pregled, primjenjuje dijagnostičke i terapijske postupke sukladno kompetencijama stečenima obrazovanjem i usavršavanjem te koordinira radom ostalih članova tima.

(2) Prvostupnik sestrištva ili medicinska sestra u Timu 1 Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba sudjeluje u obavljanju pregleda te primjeni dijagnostičkih i terapijskih postupaka te obavlja komunikaciju s MPDJ.

(3) Prvostupnik sestrištva/medicinska sestra koja upravlja vozilom ili vozač upravlja vozilom te sudjeluje u radu Tima 1 tijekom zbrinjavanja pacijenta.

(4) Svi članovi Tima 1 Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba moraju postupati sukladno standardnim operativnim postupcima, protokolima rada i algoritmima postupanja.

(5) Svi radnici Tima 1 Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba moraju završiti edukacijske programe koje donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu u roku od 30 dana od dana početka rada u Zavodu za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavodu Grada Zagreba i moraju svoja znanja i vještine obnavljati jednom u tri godine.

(6) Svi radnici koji nemaju završene propisane edukacije u navedenom roku ili im je istekao rok važenja potvrđnice o uspješno završenom edukacijskom programu ne ispunjavaju uvjete za rad u Timu 1 Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba i ne mogu biti raspoređeni na radna mjesta za koje je propisana edukacija potrebna.

(7) Iznimno od stavka 5. ovoga članka članovi tima na specijalističkom usavršavanju iz hitne medicine moraju obnavljati svoja znanja i vještine sukladno edukacijskom programu u roku od tri godine nakon završetka specijalističkog usavršavanja.

### Članak 12.

(1) Najmanje prvostupnik sestrištva specijalist u djelatnosti hitne medicine u Timu 2 Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba obavlja pregled, primjenjuje dijagnostičke i terapijske postupke sukladno kompetencijama stečenima obrazovanjem i usavršavanjem te koordinira radom tima.

(2) Prvostupnik sestrištva ili medicinska sestra u Timu 2 Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba sudjeluje u obavljanju pregleda te primjeni dijagnostičkih i terapijskih postupaka, obavlja komunikaciju s MPDJ te upravlja vozilom.

(3) Ako su oba člana Tima 2 najmanje prvostupnici sestrištva specijalisti u djelatnosti hitne medicine Zavod za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavod Grada Zagreba odlučuje koji upravlja vozilom.

(4) Svi članovi Tima 2 Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba moraju postupati sukladno standardnim operativnim postupcima, protokolima rada i algoritmima postupanja.

(5) Svi radnici Tima 2 Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba

moraju završiti edukacijske programe koje donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu u roku od 30 dana od dana početka rada u Zavodu za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavodu Grada Zagreba i moraju svoja znanja i vještine obnavljati jednom u tri godine.

(6) Svi radnici koji nemaju završene propisane edukacije u navedenom roku ili im je istekao rok važenja potvrđnice o uspješno završenom edukacijskom programu ne ispunjavaju uvjete za rad u Timu 2 Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba i ne mogu biti raspoređeni na radna mjesta za koje je propisana edukacija potrebna.

(7) Iznimno od stavka 5. ovoga članka članovi tima na specijalističkom usavršavanju u djelatnosti hitne medicine moraju obnavljati svoja znanja i vještine sukladno edukacijskom programu u roku od tri godine nakon završetka specijalističkog usavršavanja.

#### Članak 13.

(1) Doktor medicine u Timu pripravnosti Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba obavlja pregled, primjenjuje dijagnostičke i terapijske postupke, sukladno kompetencijama stečenima obrazovanjem i usavršavanjem te koordinira radom ostalih članova tima.

(2) Najmanje medicinska sestra u Timu pripravnosti Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba sudjeluje u obavljanju pregleda i primjeni dijagnostičkih i terapijskih postupaka te obavlja komunikaciju sa MPDJ.

(3) Vozač upravlja vozilom te sudjeluje u radu Tima pripravnosti Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba tijekom zbrinjavanja pacijenta.

(4) Svi članovi Tima pripravnosti moraju postupati sukladno standardnim operativnim postupcima, protokolima rada i algoritmima postupanja.

(5) Tim pripravnosti obavezan je bez odgode po prijemu poziva i zaprimanju intervencije od MPDJ odazvati se i krenuti na intervenciju.

(6) Tim pripravnosti je pripravan neprekidno 24 sata dnevno sukladno Mreži hitne medicine i sanitetskog prijevoza.

#### Članak 14.

(1) Doktor medicine u Timu hitnog zračnog medicinskog prijevoza obavlja pregled, primjenjuje dijagnostičke i terapijske postupke sukladno kompetencijama stečenima obrazovanjem i usavršavanjem te koordinira radom ostalih članova tima.

(2) Najmanje prvostupnik sestrinstva sa specijalističkim usavršavanjem u djelatnosti hitne medicine ili prvostupnik sestrinstva u Timu hitnog zračnog medicinskog prijevoza sudjeluje u obavljanju pregleda te primjeni dijagnostičkih i terapijskih postupaka te obavlja komunikaciju s pilotom i MPDJ.

(3) Svi članovi Tima hitnog zračnog medicinskog prijevoza moraju postupati sukladno standardnim operativnim postupcima, protokolima rada i algoritmima postupanja.

(4) Svi radnici Tima hitnog zračnog medicinskog prijevoza moraju prije početka rada imati završene edukacijske programe koje donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu i moraju svoja znanja i vještine obnavljati jednom u tri godine te druge obvezne edukacije vezane za sigurnost u provođenju hitnog zračnog medicinskog prijevoza.

(5) Svi radnici koji nemaju završene propisane edukacije ili im je istekao rok važenja potvrđnice o uspješno završenom edukacijskom programu ne ispunjavaju uvjete za rad u Timu hitnog zračnog medicinskog prijevoza i ne mogu biti raspoređeni na radna mjesta za koje je propisana edukacija potrebna.

(6) Iznimno od stavka 4. ovoga članka članovi tima na specijalističkom usavršavanju iz hitne medicine moraju obnavljati svoja znanja i vještine sukladno edukacijskom programu u roku od tri godine nakon završetka specijalističkog usavršavanja.

#### Članak 15.

(1) Doktor medicine u Timu hitnog pomorskog medicinskog prijevoza obavlja pregled, primjenjuje dijagnostičke i terapijske postupke sukladno kompetencijama stečenima obrazovanjem i usavršavanjem te koordinira radom tima.

(2) Prvostupnik sestrinstva ili medicinska sestra u Timu hitnog pomorskog medicinskog prijevoza sudjeluje u obavljanju pregleda te primjeni dijagnostičkih i terapijskih postupaka te obavlja komunikaciju s MPDJ.

(3) Svi članovi Tima hitnog zračnog medicinskog prijevoza moraju postupati sukladno standardnim operativnim postupcima, protokolima rada i algoritmima postupanja.

(4) Svi radnici Tima hitnog pomorskog medicinskog prijevoza moraju završiti edukacijske programe koje donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu u roku od 30 dana od dana početka rada u Zavodu za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavodu Grada Zagreba i moraju svoja znanja i vještine obnavljati jednom u tri godine.

(5) Svi radnici koji nemaju završene propisane edukacije u navedenom roku ili im je istekao rok važenja potvrđnice o uspješno završenom edukacijskom programu ne ispunjavaju uvjete za rad u Timu hitnog pomorskog medicinskog prijevoza i ne mogu biti raspoređeni na radna mjesta za koje je propisana edukacija potrebna.

(6) Iznimno od stavka 4. ovog članka članovi tima na specijalističkom usavršavanju iz hitne medicine moraju obnavljati svoja znanja i vještine sukladno edukacijskom programu u roku od tri godine nakon završetka specijalističkog usavršavanja.

### 3. Hitan medicinski prijevoz

#### Članak 16.

(1) Tim hitnog medicinskog prijevoza pruža medicinsku skrb životno ugroženoj osobi tijekom prijevoza između kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica ili općih bolnica vozilom za hitni medicinski prijevoz s propisanom medicinsko-tehničkom opremom, uz pratnju doktora medicine iz bolničke ustanove koja inicira prijevoz i koji osigurava kontinuiranu skrb tijekom prijevoza.

(2) Na zahtjev doktora medicine bolničke zdravstvene ustanove koja je zatražila hitni medicinski prijevoz timu se pridružuje i drugi zdravstveni radnik iz bolničke zdravstvene ustanove sa specifičnim znanjima i vještinama potrebnim za obavljanje sigurnog hitnog medicinskog prijevoza.

(3) Doktora medicine iz stavka 1. ovoga članka dužna je osigurati bolnička zdravstvena ustanova koja je inicirala hitan medicinski prijevoz. Bolnička zdravstvena ustanova dužna je donijeti interni akt kojim se uređuje procedura organiziranja pratnje od strane bolničke zdravstvene ustanove koja je inicirala hitni medicinski prijevoz.

(4) Prvostupnik sestrinstva ili medicinska sestra u Timu hitnog medicinskog prijevoza sudjeluje u zbrinjavanju pacijenta te primjeni dijagnostičkih i terapijskih postupaka.

(5) Prvostupnik sestrinstva ili medicinska sestra u Timu hitnog medicinskog prijevoza koja upravlja vozilom sudjeluje u primopredaji pacijenta i obavlja komunikaciju s MPDJ.

(6) Ako Tim hitnog zračnog medicinskog prijevoza provodi hitni medicinski prijevoz između dvije bolnice, umjesto doktora medicine iz Tima hitnog zračnog medicinskog prijevoza, timu se može pridodati doktor medicine kliničkog bolničkog centra, kliničke bolnice ili opće bolnice koja je zatražila hitan medicinski prijevoz i koji osigurava kontinuitet skrbi tijekom prijevoza pacijenta iz jedne u drugu bolničku ustanovu.

(7) Članovi tima hitnog medicinskog prijevoza moraju završiti edukacijske programe koje donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu u roku od 30 dana od dana početka rada u Zavodu za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavodu Grada Zagreba i moraju svoja znanja i vještine obnavljati jednom u tri godine.

(8) Svi radnici koji nemaju završene propisane edukacije u navedenom roku ili im je istekao rok važenja potvrđnice o uspješno završenom edukacijskom programu ne ispunjavaju uvjete za rad u timu hitnog medicinskog prijevoza i ne mogu biti raspoređeni na radna mjesta za koje je propisana edukacija potrebna.

(9) Iznimno od stavka 7. ovog članka članovi tima na specijalističkom usavršavanju iz hitne medicine moraju obnavljati svoja znanja i vještine sukladno edukacijskom programu u roku od tri godine nakon završetka specijalističkog usavršavanja.

#### Članak 17.

(1) Obrazac zahtjeva za hitni medicinski prijevoz koji se nalazi u Prilogu 8a. ovoga Pravilnika i čini njegov sastavni dio ispunjava doktor medicine bolničke zdravstvene ustanove koji je utvrdio potrebu za hitnim medicinskim prijevozom i dogovorio prijem u drugu bolničku zdravstvenu ustanovu.

(2) Ispunjeni zahtjev za hitni medicinski prijevoz dostavlja se provoditelju hitnog medicinskog prijevoza.

#### Članak 18.

(1) Vozila za hitni medicinski prijevoz moraju u pogledu tehničkih karakteristika i medicinsko-tehničke opreme ispunjavati uvjete za vozilo Tima 1.

(2) Bolnička zdravstvena ustanova koja podnosi zahtjev za hitni medicinski prijevoz obvezna je osigurati dodatnu potrebnu specifičnu medicinsko-tehničku opremu i lijekove.

(3) Hitni medicinski prijevoz organizira se neprekidno tijekom 24 sata dnevno sukladno mreži hitne medicine i sanitetskog prijevoza.

### III. ORGANIZACIJA I NAČIN OBAVLJANJA BOLNIČKE HITNE MEDICINE

#### Članak 19.

(1) Djelatnost hitne medicine na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite obavlja ustrojstvena jedinica Objedinjenog hitnog bolničkog prijema u bolnici.

(2) U Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu iz stavka 1. ovoga članka provodi se trijaža, pregled, postupci dijagnostike i liječenja pacijenata.

#### Članak 20.

Objedinjeni hitni bolnički prijem je ustrojstvena jedinica bolnice koja obavlja sljedeće poslove:

- provodi mjere u djelatnosti hitne medicine
- osigurava provođenje obvezujućih standarda operativnih postupaka, protokola rada i algoritama postupanja u djelatnosti hitne medicine
- osigurava dostupnost i korištenje opreme prema utvrđenim standardima
- komunicira putem TETRA komunikacijskog sustava sa MPDJ
- prikuplja podatke iz područja hitne medicine za potrebe Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu
- surađuje s drugim zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima u dijagnostici i liječenju
- sudjeluje u organizaciji i provedbi zdravstvene zaštite u izvanrednim okolnostima u koordinaciji s Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu
- vodi propisanu dokumentaciju i na zahtjev Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu dostavlja zatražena izvješća
- obavlja i druge poslove u suradnji s Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu.

#### Članak 21.

(1) Trijaža u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu provodi se na temelju trijažnog sustava.

(2) Trijažnim postupkom procjenjuje se stanje pacijenta te se ovisno o utvrđenom stupnju hitnosti pacijenti razvrstavaju u pet trijažnih kategorija, sukladno Australo-azijskoj ljestvici trijaže.

(3) Magistar sestrinstva, prvostupnik sestrinstva i medicinska sestra koja radi na poslovima trijaže u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu mora prije početka rada imati završen edukacijski program koji donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu i mora svoja znanja i vještine obnavljati jednom u tri godine.

(4) Svi radnici koji nemaju završene propisane edukacije ili im je istekao rok važenja potvrđnice o uspješno završenom edukacijskom programu ne ispunjavaju uvjete za rad na trijaži i ne mogu biti raspoređeni na radna mjesta za koje je propisana edukacija potrebna.

(5) Iznimno od stavka 3. ovoga članka medicinske sestre trijaže na specijalističkom usavršavanju iz hitne medicine moraju obnavljati svoja znanja i vještine sukladno edukacijskom programu u roku od tri godine nakon završetka specijalističkog usavršavanja.

#### Članak 22.

(1) U prostoru za zbrinjavanje akutnih pacijenata Objedinjenog hitnog bolničkog prijema zbrinjavaju se životno ugroženi pacijenti koji zahtijevaju stalni nadzor i praćenje najdulje šest sati.

(2) U prostoru za zbrinjavanje subakutnih pacijenata Objedinjenog hitnog bolničkog prijema zbrinjavaju se hitni pacijenti čije stanje zahtijeva nadzor i praćenje najdulje 24 sata.

#### Članak 23.

(1) Magistar sestrinstva, prvostupnik sestrinstva i medicinska sestra koji rade u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu moraju završiti edukacijske programe koje donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu u roku od 30 dana od dana početka rada i moraju svoja znanja i vještine obnavljati jednom u tri godine.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka navedeni radnici na specijalističkom usavršavanju iz hitne medicine moraju obnavljati svoja znanja i vještine sukladno edukacijskom programu u roku od tri godine nakon završetka specijalističkog usavršavanja.

#### IV. DOKUMENTACIJA U DJELATNOSTI HITNE MEDICINE

##### Članak 24.

(1) O radu MPDJ i timova izvanbolničke hitne medicine vodi se evidencija na obrascima tiskanim u prilogu ovoga Pravilnika koji čine njegov sastavni dio, i to:

- Prilog 1a. Obrazac za prijem poziva
- Prilog 1b. Obrazac za predaju poziva timu HMS
- Prilog 2. Obrazac o kretanju timova HMS na terenu
- Prilog 3a. Obrazac za primopredaju cestovnog vozila HMS
- Prilog 3b. Obrazac za primopredaju medicinske opreme u cestovnom vozilu HMS
- Prilog 4. Obrazac o izvanrednom događaju u HMS
- Prilog 5. Obrazac za trijažu kod većih nesreća
- Prilog 6a. Obrazac medicinske dokumentacije o pacijentu Lista A za doktore medicine Tim 1
- Prilog 6b. Obrazac medicinske dokumentacije o pacijentu Lista B za medicinske sestre-medicinske tehničare Tim 2
- Prilog 6c. Nastavak Obrasca medicinske dokumentacije o pacijentu – Lista A za doktore medicine / Lista B za medicinske sestre-medicinske tehničare
- Prilog 7. Obrazac za praćenje postupka oživljavanja (Utstein obrazac).

(2) O radu Objedinjenog hitnog bolničkog prijema vodi se evidencija na obrascima tiskanim u Prilogu 9. Obrazac trijaže u OHBP i Prilogu 10. Obrazac o izvanrednom događaju u OHBP ovoga Pravilnika koji čine njegov sastavni dio te Obrazac primarna procjena pacijenta – opservacija u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu s Uputama za primjenu sestrinske dokumentacije u opservaciji Objedinjenog hitnog bolničkog prijema propisanom pravilnikom kojim je regulirana sestrinska dokumentacija u bolničkim zdravstvenim ustanovama.

(3) Dokumentacija o provođenju hitnog medicinskog prijevoza i radu tima hitnog medicinskog prijevoza vodi se na obrascima tiskanim u prilogu ovoga Pravilnika koji čine njegov sastavni dio, i to:

- Prilog 8a. Obrazac zahtjeva za hitni medicinski prijevoz
- Prilog 8b. Obrazac medicinske dokumentacije o pacijentu za hitni medicinski prijevoz.

(4) Svi obrasci mogu se voditi i u elektroničkom obliku, ali pri tome moraju sadržavati sve elemente kao i tiskani obrasci.

##### Članak 25.

(1) Zavod za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavod Grada Zagreba zadržava za potrebe svoje evidencije podatke prema propisanim obrascima iz članka 24. stavka 1. i stavka 3. ovoga Pravilnika i iz članka 31. stavka 1. ovoga Pravilnika.

(2) Objedinjeni hitni bolnički prijem zadržava za potrebe svoje evidencije podatke prema propisanim obrascima iz članka 24. stavka 2. ovoga Pravilnika.

(3) Obrascе iz članka 24. stavka 1. podstavaka od 8. do 10. popunjava Tim 1 ili Tim 2 u dva primjerka, od kojih jedan (originalni primjerak) za potrebe svoje evidencije zadržava Zavod za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavod Grada Zagreba, a drugi je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta.

(4) Obrazac trijaže u OHBP iz članka 24. stavka 2. ovoga Pravilnika popunjava se u dva primjerka, od kojih jedan za potrebe svoje evidencije zadržava Objedinjeni hitni bolnički prijem, a drugi je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta.

(5) Obrazac iz Priloga 8b. Obrazac medicinske dokumentacije o pacijentu za hitni medicinski prijevoz ovog Pravilnika popunjava se u dva primjerka, od kojih jedan za potrebe svoje evidencije zadržava Zavod za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavod Grada Zagreba, a drugi je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta. Obrazac popunjava doktor medicine bolničke zdravstvene ustanove koji ide u pratnju bolesnika.

#### V. ORGANIZACIJA I NAČIN OBAVLJANJA DJELATNOSTI SANITETSKOG PRIJEVOZA

##### Članak 26.

Sanitetski prijevoz podrazumijeva primopredaju i prijevoz bolesnika u svrhu pružanja zdravstvenih usluga u ili iz zdravstvene ustanove odnosno privatne ugovorene ordinacije vozilom za sanitetski prijevoz prema mjestu prebivališta bolesnika odnosno prijevoz bolesnika između dvije zdravstvene ustanove prema sjedištu ugovorene zdravstvene ustanove za sanitetski prijevoz.

##### Članak 27.

Zavod za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavod Grada Zagreba obavlja sljedeće poslove u djelatnosti sanitetskog prijevoza:

- zaprima nalog za sanitetski prijevoz u Prijavno-dojavnoj jedinici sanitetskog prijevoza
- organizira timove sanitetskog prijevoza
- osigurava korištenje vozila i medicinsko-tehničke opreme vozila za sanitetski prijevoz prema utvrđenim standardima
- organizira obavljanje djelatnosti sanitetskog prijevoza
- organizira osposobljavanje članova tima sanitetskog prijevoza prema Edukacijskim programima koje donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu
- vodi propisanu dokumentaciju i na zahtjev Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu dostavlja zatražena izvješća

##### 1. Prijavno-dojavna jedinica sanitetskog prijevoza

##### Članak 28.

(1) Prijavno-dojavna jedinica sanitetskog prijevoza (u daljnjem tekstu: PDJ) Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba organizira se za cijelo područje jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba.

(2) PDJ sanitetskog prijevoza odgovorna je za primanje poziva za sanitetski prijevoz, za upućivanje tima na prijevoz, koordinaciju svih timova sanitetskog prijevoza te upravljanje komunikacijskim sustavom na svojem području.

(3) Dispečer sanitetskog prijevoza je zdravstveni radnik s najmanje tri godine radnog staža u djelatnosti sanitetskog prijevoza ili djelatnosti hitne medicine.

(4) PDJ sanitetskog prijevoza prema potrebi izvršava naloge medicinske prijavno-dojavne jedinice.

(5) Za obavljanje svih zadaća i radnih procesa PDJ sanitetskog prijevoza mora imati razvijenu tehničku podršku za zaprimanje poziva i upravljanje timovima na terenu.

(6) Sanitetski prijevoz ne poziva se na broj 194, već na poseban broj Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba koji je istaknut na mrežnoj stranici Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba.

## 2. Tim sanitetskog prijevoza

### Članak 29.

(1) Tim sanitetskog prijevoza odgovoran je za sigurno preuzimanje bolesnika iz prostorije u kojoj se bolesnik nalazi, prijenos/pratnju bolesnika do vozila, prijevoz i predaju bolesnika u prostoriju konačnog odredišta u kojoj će bolesnik biti smješten.

(2) Tim sanitetskog prijevoza obavlja poslove po nalogu PDJ sanitetskog prijevoza.

(3) Zdravstveni radnik u timu sanitetskog prijevoza priprema bolesnika za prijevoz i nadzire ga tijekom prijevoza u odjeljku za bolesnika te obavlja zadatke iz stavka 1. ovoga članka.

(4) Vozač u timu sanitetskog prijevoza upravlja vozilom te obavlja zadatke iz stavka 1. ovoga članka.

(5) Svi radnici u djelatnosti sanitetskog prijevoza Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba moraju imati završen edukacijski program koji donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu u roku od 30 dana od dana početka rada u Zavodu za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavodu Grada Zagreba i moraju svoja znanja i vještine obnavljati jednom u tri godine.

(6) Svi radnici koji nemaju završene propisane edukacije u navedenom roku ili im je istekao rok važenja potvrđnice o uspješno završenom edukacijskom programu ne mogu biti raspoređeni na radna mjesta za koje je propisana edukacija potrebna.

(7) Za vrijeme prijevoza bolesnika morskim putem, bolesnik mora biti pod stalnim nadzorom tima sanitetskog prijevoza u vozilu sanitetskog prijevoza ili u brodskoj kabini.

(8) Pravo na nemedicinsku pratnju imaju djeca do 18. godine i punoljetne osobe kojima je zbog njihovog trenutnog zdravstvenog stanja potrebna podrška druge osobe prilikom prijevoza.

(9) Potrebu pratnje iz stavka 8. ovoga članka utvrđuje doktor medicine koji je izdao nalog za sanitetski prijevoz.

### Članak 30.

(1) Veza između vozila sanitetskog prijevoza i PDJ sanitetskog prijevoza Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba provodi se putem radio-komunikacijskog sustava, a iznimno putem javne mobilne mreže.

(2) Svi telefonski razgovori u PDJ sanitetskog prijevoza moraju se snimati i pohranjivati na trajnom mediju te biti dostupni za reprodukciju.

(3) Zlouporebu poziva na broj sanitetskog prijevoza dispečer PDJ sanitetskog prijevoza Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba dužan je prijaviti ovlaštenoj osobi Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba kao izvanredni događaj na za to propisanom obrascu.

## 3. Dokumentacija u sanitetskom prijevozu

### Članak 31.

(1) O radu prijavno-dojavne jedinice sanitetskog prijevoza i timova sanitetskog prijevoza vodi se evidencija na obrascima tiskanim u prilogu ovoga Pravilnika koji čine njegov sastavni dio, i to:

– Prilog 12a. Obrazac za prijem poziva sanitetskog prijevoza

– Prilog 12b. Obrazac za predaju poziva timu sanitetskog prijevoza

– Prilog 13. Obrazac o kretanju timova sanitetskog prijevoza na terenu

– Prilog 14a. Obrazac za primopredaju cestovnog vozila sanitetskog prijevoza

– Prilog 14b. Obrazac za primopredaju medicinske opreme u cestovnom vozilu sanitetskog prijevoza

– Prilog 15. Obrazac o izvanrednom događaju u sanitetskom prijevozu

– Prilog 16. Obrazac dokumentacije o pacijentu u sanitetskom prijevozu

(2) Svi obrasci mogu se voditi i u elektroničkom obliku, ali pri tome moraju sadržavati sve elemente kao i tiskani obrasci.

## VII. POSEBNE ODREDBE

### Članak 32.

Za potrebe zdravstvene zaštite u slučajevima izvanrednih okolnosti, velikih nesreća, prirodnih katastrofa i epidemija, izvanbolnička i bolnička hitna medicinska služba se organizira u skladu s posebnim propisima i standardnim operativnim postupcima u koordinaciji s Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu i Kriznim stožerom Ministarstva zdravstva.

### Članak 33.

(1) Timovi Hitne medicinske službe (HMS) Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba pružaju hitnu medicinsku skrb na javnim priredbama i drugim oblicima okupljanja izvan redovitog opsega rada.

(2) Organizatori javnih priredbi i drugih oblika okupljanja obvezni su, obzirom na očekivani broj sudionika ili narav okupljanja, osigurati prisutnost jednog ili više timova hitne medicinske službe Zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba tijekom održavanja okupljanja. Organizator snosi trošak osiguranja prisutnosti timova.

(3) Organizacija hitne medicine na javnim priredbama i drugim oblicima okupljanja i broj potrebnih timova nalazi se u Prilogu 11. ovoga Pravilnika i čini njegov sastavni dio.

## VIII. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

### Članak 34.

Zavodi za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Zavoda Grada Zagreba te Objedinjeni hitni bolnički prijemi obavezni su ispuniti uvjete u roku od godine dana od dana stupanja na snagu ovoga Pravilnika.

### Članak 35.

Danom stupanja na snagu ovoga Pravilnika prestaje važiti Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja hitne medicine (»Narodne novine«, broj 71/16) i Pravilnik o organizaciji i načinu obavljanja djelatnosti sanitetskog prijevoza (»Narodne novine«, broj 72/19).

### Članak 36.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 011-02/23-03/15

Urbroj: 534-07-1-1/6-24-3


Zagreb, 14. svibnja 2024.

Ministar

izv. prof. dr. sc. Vili Beroš, dr. med., v. r.

## PRILOG 1a.

## OBRAZAC ZA PRIJEM POZIVA\*

<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU:</b> _____					
<b>PRIJEM POZIVA HITNE MEDICINSKE SLUŽBE</b>					
Broj poziva	Dan	Datum	Vrijeme prvog zvona		Trajanje poziva
			Vrijeme javljanja na poziv		
Poziv primio			Vrijeme završetka poziva		
Šifra i naziv kriterija (Indeks)	Vrijeme dodjele kriterija	Intervencija <input type="checkbox"/>	Savjet <input type="checkbox"/>	Hitni medicinski prijevoz <input type="checkbox"/>	
<b>Razlog poziva:</b>					
<b>Pacijent</b>					
Ime i prezime			Dob	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	
<b>Mjesto intervencije</b>					
Grad	Adresa		Opis mjesta intervencije (kat i lift)		
<b>Lokacija</b>					
Stan <input type="checkbox"/>	Otvoreni javni prostor <input type="checkbox"/>	Obrazovna ustanova <input type="checkbox"/>	Ambulanta PZZ <input type="checkbox"/>	Zatvor <input type="checkbox"/>	Dom za starije <input type="checkbox"/>
Cesta <input type="checkbox"/>	Zatvoreni javni prostor <input type="checkbox"/>	Polijska postaja <input type="checkbox"/>	Radno mjesto <input type="checkbox"/>	Bolnica <input type="checkbox"/>	Ambulanta HMS <input type="checkbox"/>
Bolnica <input type="checkbox"/>	Sportsko - rekreacijski centar <input type="checkbox"/>	Vodena površina <input type="checkbox"/>	Ostalo _____		
<b>Podaci o pozivatelju</b>					
Ime i prezime pozivatelja		Telefonski broj pozivatelja		Poziv preusmjeren preko 112 <input type="checkbox"/>	
Osobno <input type="checkbox"/>	Obitelj <input type="checkbox"/>	Očevici <input type="checkbox"/>	Zdravstveni radnici <input type="checkbox"/>	Policija <input type="checkbox"/>	Ostalo <input type="checkbox"/>
<b>Događaj</b>					
Prometna nesreća <input type="checkbox"/>		Broj pacijenata:		Broj mrtvih:	
Ozljeda koja nije nastala u prometu <input type="checkbox"/>		<b>Nazočni</b>			
Bolest <input type="checkbox"/>					
Otrovanje <input type="checkbox"/>					
Srčani zastoj <input type="checkbox"/>					
Nema događaja/pacijenta <input type="checkbox"/>		Zdravstveni radnici <input type="checkbox"/>	Vatrogasci <input type="checkbox"/>	Laici <input type="checkbox"/>	
Lažni poziv <input type="checkbox"/>		Policija <input type="checkbox"/>	Druge službe <input type="checkbox"/>	Nema nazočnih <input type="checkbox"/>	
Uznemiravanje <input type="checkbox"/>					
Ostalo: _____					
<b>Dodatna oprema potrebna za hitni medicinski prijevoz:</b>					


\*Po prijemu poziva obrazac ispisati






## PRILOG 3a.

## OBRAZAC ZA PRIMOPREDAJU CESTOVNOG VOZILA HMS

<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU:</b> _____			
<b>SJEDIŠTE/ISPOSTAVA:</b> _____			
<b>PRIMOPREDAJA CESTOVNOG VOZILA HMS</b>			
<b>Registarska oznaka</b>	<b>Datum primopredaje</b>	<b>Sat primopredaje</b>	
Stanje brojila u kilometrima: _____			
Utočeno gorivo: _____ litara u _____ sati			
Provjera ulja:	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Provjera tekućine za ispiranje vjetrobranskog stakla:	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Provjera signalnih uređaja:	svjetlo	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	sirena	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Čistoća vozila:	izvana	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	prostor za vozača	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	prostor za pacijente	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Provjera TETRA mobilnog uređaja:	Ispravan <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>	Nedostaje <input type="checkbox"/>
Provjera prenosive svjetiljke:	Ispravna <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>	Nedostaje <input type="checkbox"/>
Provjera uređaja za gašenje požara:	Ispravan <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>	Nedostaje <input type="checkbox"/>
Napomena:			
Predao vozač:		Preuzeo vozač:	

## PRILOG 3b.

## OBRAZAC ZA PRIMOPREDAJU MEDICINSKE OPREME U CESTOVNOM VOZILU HMS

<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU:</b>  <b>SJEDIŠTE/ISPOSTAVA:</b>	
REG. OZNAKA VOZILA:	DATUM I VRIJEME:
<b>PRIMOPREDAJA MEDICINSKE OPREME U VOZILU HMS</b>	

<b>Medicinska oprema za imobilizaciju</b>				
1.	Daska / bočni fiksatori / remenje (4 kom.)*	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
2.	Ovratnici podesivi u 4 veličine za odrasle ____ kom.	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravni <input type="checkbox"/>
3.	Ovratnici podesivi u 3 veličine za djecu ____ kom.	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravni <input type="checkbox"/>
4.	Prsluk za imobilizaciju i izvlačenje	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
5.	Rasklopna nosila	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
6.	Set vakuum udloga za imobilizaciju	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
7.	Set splint udloga za imobilizaciju	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
8.	Vakuum madrac s ručnom crpkom	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>

\*Ne odnosi se na sustave vezanja poput „pauk“ remenja

<b>Medicinska oprema za transport</b>				
1.	Glavna nosila	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
2.	Rasklopni stolac	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
3.	Platnena nosila	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>


<b>Medicinska oprema za primjenu kisika</b>			
<i>Izračun količine kisika u litrama: zapremina boce u litrama x tlak u boci</i>			
1.	2 boce za kisik zapremine 10 L litara s manometrom i protokomjerom	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravno <input type="checkbox"/>
2.	Količina kisika (u litrama) po svakoj boci	Boca za kisik 1 _____ L	Boca za kisik 2 _____ L
3.	Prijenosna boca zapremine 2 L s manometrom i protokomjerom	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravna <input type="checkbox"/>
	Količina kisika (u litrama) u prijenosnoj boci	_____ L	
4.	Boca za kisik na ventilatoru	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravna <input type="checkbox"/>
	Količina kisika (u litrama) u boci na ventilatoru	_____ L	
5.	Ovlaživač	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravan <input type="checkbox"/>
6.	Ostala oprema za primjenu kisika	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravna <input type="checkbox"/>

<b>Medicinski uređaji, dijagnostička oprema i pripadajući pribor</b>			
1.	Aspirator	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravan <input type="checkbox"/>
2.	Defibrilator	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravan <input type="checkbox"/>
3.	Transportni ventilator	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravan <input type="checkbox"/>
4.	Grijač infuzije	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravan <input type="checkbox"/>
5.	Hladnjak za lijekove i otopine	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravan <input type="checkbox"/>
6.	Kapnometar	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravan <input type="checkbox"/>
7.	Pulsni oksimetar	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravan <input type="checkbox"/>
8.	Glukometar	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravan <input type="checkbox"/>
9.	Tlakomjer	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravan <input type="checkbox"/>
10.	Termometar	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravan <input type="checkbox"/>
11.	Uređaj za vanjsku masažu srca (opcionalno za T1)	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravan <input type="checkbox"/>
12.	_____ upisati naziv uređaja/dijagnostičke opreme	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/> Neispravno <input type="checkbox"/>

Ostalo				
1.	Set za konikotomiju	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
2.	Set za održavanje prohodnosti dišnih putova i ventilacije kod odraslih	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
3.	Set za održavanje prohodnosti dišnih putova i ventilacije kod djece i novorođenčadi	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
4.	Set za porod	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
5.	Set za kateterizaciju mokraćnog mjehura	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
6.	Set za masovne nesreće	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravni <input type="checkbox"/>
7.	Set za opekline	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
8.	Pribor za uspostavu venskog puta, primjenu lijekova i infuzija	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
9.	Pribor za uspostavu intraosealnog puta, primjenu lijekova i infuzija	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
10.	Materijal za zbrinjavanje ozljeda	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
11.	Zaštitne jednokratne rukavice	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>
12.	Zaštitne sterilne rukavice	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>
13.	Zaštitne maske	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>
14.	Zaštitne naočale	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>
15.	Zaštitne pregače	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>
16.	Zaštitne kacige	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>
17.	Dozator s dezinfekcijskim sredstvom	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
18.	Spremnik za oštre predmete	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
19.	Spremnik za infektivni otpad	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
20.	Spremnik za komunalni otpad	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
21.	_____ (upisati naziv)	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravno <input type="checkbox"/>
Napomena:				
Predao MS / MT		Preuzeo MS / MT		

## PRILOG 4.

## OBRAZAC O IZVANREDNOM DOGAĐAJU U HMS

ZAVOD ZA HITNU MEDICINU: _____	
SJEDIŠTE/ISPOSTAVA: _____	
<b>OBRAZAC O IZVANREDNOM DOGAĐAJU</b>	
IME I PREZIME: _____	
RADNO MJESTO: _____	
Izjavljujem da se dana: _____ u _____	
(datum)	(mjesto događaja)
dogodilo slijedeće:	
<b>OPIS DOGAĐAJA</b>	
U _____	_____
(mjesto, datum)	(ime i prezime djelatnika)
	_____ potpis

PRILOG 5.

OBRAZAC ZA TRIJAŽU KOD VEĆIH NESREĆA

<b>TRIAŽNI KARTON</b> <b>Br. 00001</b>	MINISTARSTVO ZDRAVSTVA REPUBLIKE HRVATSKE 	<b>KONTAMINACIJA</b> <b>Br. 00001</b>
<b>TRIAŽNI KARTON</b> <b>Br. 00001</b>		
USTANOVA: _____		
<input type="checkbox"/> SVI OZLIJEĐENI KOJI SU POKRETNI	<b>III.</b>	KONTAMINACIJA <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> NEMA DISANJA NAKON OTVARANJA DIŠNOG PUTA	<b>IV.</b>	<input type="checkbox"/> KEMIJSKA
<input type="checkbox"/> RESPIRACIJA: > 30/min ili < 10/min	<b>I.</b>	<input type="checkbox"/> BILOŠKA
<input type="checkbox"/> PERFUZIJA: NEMA RADIJALNOG PULSA ILI KAPILARNO PUNJENJE > 2"	<b>I.</b>	<input type="checkbox"/> RADIJACIJSKA
<input type="checkbox"/> MENTALNI STATUS: NE MOŽE IZVRŠAVATI JEDNOSTAVNE ZAPOVIJEDI	<b>I.</b>	
<input type="checkbox"/> OSTALO	<b>II.</b>	
<input type="checkbox"/> OTVORENA OZLJEDA TRBUHA <input type="checkbox"/> VANJSKO KRVARENJE IZ VELIKIH KRVNIH ŽILA <input type="checkbox"/> UNUTARNJE KRVARENJE <input type="checkbox"/> OPEKLINE <input type="checkbox"/> CRUSH SINDROM <input type="checkbox"/> OTVORENA OZLJEDA PRSNOG KOŠA <input type="checkbox"/> UGROŽENA RESPIRACIJA <input type="checkbox"/> OZLJEDA GLAVE	<input type="checkbox"/> OZLJEDA VRATNE KRALJEŽNICE <input type="checkbox"/> OTVORENI PRIJELOM KOSTI <input type="checkbox"/> ZATVORENI PRIJELOM KOSTI <input type="checkbox"/> ŠOK <input type="checkbox"/> AKUTNO OTROVANJE <input type="checkbox"/> OZLJEDE MALIH KOSTIJU I ZGLOBOVA <input type="checkbox"/> OGREBOTINE I MANJE OZLJEDE <input type="checkbox"/> OSTALO	
TRIJAŽA:		ZBRINJAVANJE:
<b>IV.</b>		
<b>I.</b>	<b>Br. 00001</b>	
<b>II.</b>	<b>Br. 00001</b>	
<b>III.</b>	<b>Br. 00001</b>	

PREDNJA STRANA

○

MJESTO DOGAĐAJA : \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      VRIJEME: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

VITALNI ZNAKOVI			
VRIJEME	RR	PULS	RESPIRACIJA

LIJEKOVI		
VRIJEME	LIJEKOVI / INFUZIJSKE OTOPINE	DOZA

STANJE SVIJESTI:     ORJENTIRAN     DEZORJENTIRAN     BEZ SVIJESTI

DOB: \_\_\_\_\_      SPOL:  MUŠKI     ŽENSKI

IME I PREZIME PACIJENTA : \_\_\_\_\_

ADRESA : \_\_\_\_\_

GRAD : \_\_\_\_\_      TELEFON:: \_\_\_\_\_

VRIJEME POČETKA TRANSPORTA : \_\_\_\_\_      TIM BROJ: \_\_\_\_\_

VRIJEME PREDAJE U BOLNICU : \_\_\_\_\_

NAZIV BOLNICE : \_\_\_\_\_      ODJEL: \_\_\_\_\_

**NAPOMENE:**

\_\_\_\_\_

IV.

I.


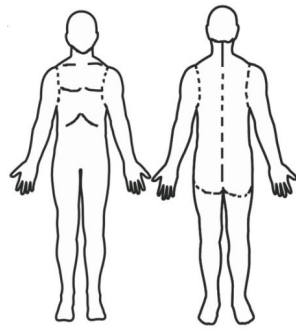

II.

III.



PRILOG 6a.

OBRAZAC MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O PACIJENTU – LISTA A ZA DOKTORE MEDICINE TIM 1

Serijski broj dokumenta:		ZAVOD ZA HITNU MEDICINU			
OIB _____ MBO _____		Datum _____ Vrijeme dolaska _____		Serijski broj obrasca A- _____	
Ime i prezime _____ Datum rođenja _____		M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>		Mjesto/adresa intervencije _____	
Adresa osiguranika _____				<input type="checkbox"/> KONTUZIJA <input type="checkbox"/> POVRŠINSKA OZLJEDA <input type="checkbox"/> OTVORENA RANA <input checked="" type="checkbox"/> ZATVORENI PRIJELOM <input checked="" type="checkbox"/> OTVORENI PRIJELOM <input type="checkbox"/> OPEKLINA <input type="checkbox"/> IŠČAŠENJE	
Kontakt osoba i broj telefona _____				<b>POSTUPCI</b> 1. BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/> 2. PRVI ZAVOJ <input type="checkbox"/> 3. HEMOSTAZA DIREKTAN PRITISAK <input type="checkbox"/> KOMPRESIVNI ZAVOJ <input type="checkbox"/> HVATALJKA ZA KRVNU ŽILU <input type="checkbox"/> POVESKA <input type="checkbox"/> 4. IMOBILIZACIJA OVRATNIK <input type="checkbox"/> PRSUK. ZA IMOBIL. I IZVLAČENJE <input type="checkbox"/> RASKLOPNA NOSILA <input type="checkbox"/> VAKUUM MADRAC <input type="checkbox"/> DUGA DASKA <input type="checkbox"/> VAKUUM UDLAGE <input type="checkbox"/> SPLINT UDLAGE <input type="checkbox"/> 5. OSTALO: _____	
VRIJEME MJERENJA _____				<b>MEHANIZAM OZLJEDE</b> 1. GENERALIZIRANI <input type="checkbox"/> 2. LOKALIZIRANI <input type="checkbox"/> 3. ZNAČAJAN <input type="checkbox"/> 4. NIJE ZNAČAJAN <input type="checkbox"/>	
FREKVENCija DISANJA _____ RR _____				<b>STANJE SVIJESTI</b> A- BUDAN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V- REAGIRA NA POZIV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> P- REAGIRA NA BOL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> U- NE REAGIRA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PULS _____				<b>ZJENICA DESNA</b> NORMALNA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MIOZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MIDRIJAZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DEFORMIRANA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> REAGIRA NA SVJETLO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
KAPILARNO PUNJENJE _____ SpO <sub>2</sub> _____ EtCO <sub>2</sub> _____		<b>ZJENICA LJEVA</b> NORMALNA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MIOZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MIDRIJAZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DEFORMIRANA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> REAGIRA NA SVJETLO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
TA _____ TR _____		<b>DIŠNI PUTOVI</b> OTVORENI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DJELOMIČNO OPSTR. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> POTPUNO OPSTR. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OSTALO: _____			
GUK _____		<b>DISANJE</b> NORMALNO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEPRAVILNO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> USPORENO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UBRZANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ODSUTNO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OSTALO: _____			
<b>POSTUPCI</b> BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O- NOSNI KATETER <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MASKA <input type="checkbox"/> MASKA sa spremnikom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ČIŠĆENJE DIŠNIH PUTOVA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OROFARINGEALNI TUBUS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NAZOFARINGEALNI TUBUS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SUPRAGLOTIČNO POMAGALO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>POSTUPCI</b> 1. BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. VENSKI PUT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> JEDAN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DVA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIŠE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEUSPJEŠNO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. INTRAOSERALNI PUT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. EKG NADZOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>POSTUPCI</b> ENDOTRAHEALNA INTUBACIJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L/min _____ ASISTIRANO DISANJE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L/min _____ KONTROLIRANO DISANJE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MEHANIČKA VENTILACIJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIV _____ KRIKOTIROIDOTOMIJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OSTALO: _____		<b>BOL</b> BEZ BOLI (0) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BLAGA BOL (1-3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UMJERENA BOL (4-6) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> JAKA BOL (7-10) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>KRVOTOK</b> 1. BEZ POREMEĆAJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. KRVARENJE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. PULS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRAVILAN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEPRAVILAN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UBRZAN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> USPOREN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PERIFERNO ODSUTAN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CENTRALNO OSUTAN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>POSTUPCI</b> 5. 12-KANALNI EKG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. VANJSKA MASAŽA SRCA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. DEFIBRILACIJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. TRANSKUTANA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ELEKTROSTIMULACIJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. SIKKRONIZIRANA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KARDIOVERZIJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. OSTALO: _____			
<b>EKG NALAZ</b> SINUS RITAM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SVES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SVT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ASISTOLIJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVB I st. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVB II st. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVB III st. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>EKG NALAZ</b> VES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> POLIMORFNE VES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BRADIKARDIJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BLG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
S _____		A _____		M _____	
P _____		L _____		E _____	
<b>GKS</b> OTVARANJE OČJU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SPONTANO NA POZIV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NA BOL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BEZ ODGOVORA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>rTS</b> FREKVENCija DISANJA/min <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10-29 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> >29 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6-9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>OSTALA STANJA / NALAZI / PRIMJEDBE</b> NAZIV _____ VRIJEME _____ KOLIČINA _____ PUT PRIM. _____ _____ _____ _____	
VERBALNI ODGOVOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ORIENTIRAN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SMETEN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NESUVISLE RIJEČI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NERAZUMLJIVI ZVUCI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BEZ ODGOVORA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		SISTOLIČKI KRVNI TLAK /mmHg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> >89 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 76-89 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 50-75 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-49 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>LIBROVI</b> _____ _____ _____	
MOTORNI ODGOVOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SLUŠA NAREDBE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LOKALIZIRA BOL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> POVLAČENJE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FLEKSIJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EKSTENZIJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BEZ ODGOVORA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		GKS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13-15 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6-8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>DIAGNOZE</b> MKB _____ DJAGNOZA _____ _____ _____	
UKUPNO: _____		UKUPNO: _____		<b>TRANSPORTNI POLOŽAJ</b> 	
ODBIJANJE PREGLEDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ODBIJANJE SKRBI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ODBIJANJE PRIJEVOZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		RECEPT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UPUTNICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BOLNICA: _____ PREDAJA DRUGOM TIMU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BEZ PRIJEVOZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ODJEL: _____ OSTALO: _____	
POTPIS PACIJENTA _____		POTPIS I PEČAT LJEČNIKA _____			

## PRILOG 6b.

## OBRAZAC MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O PACIJENTU – LISTA B ZA MEDICINSKE SESTRE – MEDICINSKE TEHNIČARE TIM 2

Serijski broj dokumenta:				<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU</b>														
OIB		MBO		Datum		Vrijeme intervencije		Serijski broj obrasca B										
Ime i prezime				Datum rođenja		Spol		Adresa intervencije										
				M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>														
Adresa osiguranika						<input type="checkbox"/> KONTUZIJA <input type="checkbox"/> POVRŠINSKA OZLJEDA <input type="checkbox"/> OTVORENA RANA <input checked="" type="checkbox"/> ZATVORENI PRIJELOM <input type="checkbox"/> OTVORENI PRIJELOM <input type="checkbox"/> OPEKLINA <input type="checkbox"/> IŠČAŠENJE		<b>POSTUPCI</b>										
Kontakt osoba i broj telefona																		
VRIJEME MJERENJA				<input type="checkbox"/> 1. BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/> 2. PRVI ZAVOJ <input type="checkbox"/> 3. HEMOSTAZA <input type="checkbox"/> DIREKTAN PRITISAK <input type="checkbox"/> KOMPRESIVNI ZAVOJ <input type="checkbox"/> HVATALJKA ZA KRVNU ŽILU <input type="checkbox"/> POVESKA <input type="checkbox"/> 4. IMOBILIZACIJA <input type="checkbox"/> OVRATNIK <input type="checkbox"/> PRSUK ZA IMOBIL. I IZVLAČENJE <input type="checkbox"/> RASKLOPNA NOSILA <input type="checkbox"/> VAKUUM MADRAC <input type="checkbox"/> DUGA DASKA <input type="checkbox"/> VAKUUM UDLAGE <input type="checkbox"/> SPLINT UDLAGE <input type="checkbox"/> 5. OSTALO:														
FREKVENCJA DISANJA																		
RR																		
PULS																		
KAPILARNO PUNJENJE																		
SpO <sub>2</sub>		EiCO <sub>2</sub>																
TA		TR																
GUK																		
STANJE SVIJESTI		ZJENICA DESNA								ZJENICA LIJEVA		<b>MEHANIZAM OZLJEDE</b>						
A- BUDAN		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								NORMALNA						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
V- REAGIRA NA POZIV		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		MIOZA		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
P- REAGIRA NA BOL		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		MIDRIJAZA		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
U- NE REAGIRA		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		DEFORMIRANA		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. GENERALIZIRANI <input type="checkbox"/>										
				REAGIRA NA SVJETLO		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		2. LOKALIZIRANI <input type="checkbox"/>										
								3. ZNAČAJAN <input type="checkbox"/>										
								4. NIJE ZNAČAJAN <input type="checkbox"/>										
<b>DIŠNI PUTOVI</b>		<b>DISANJE</b>		<b>POSTUPCI</b>		<b>BOL</b>												
OTVORENI <input type="checkbox"/>		NORMALNO <input type="checkbox"/>		BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/>		ASISTIRANO DISANJE <input type="checkbox"/>		BEZ BOLI (0) <input type="checkbox"/>										
DJELOMIČNO OPSTR. <input type="checkbox"/>		NEPRAVILNO <input type="checkbox"/>		O: NOSNI KATETER <input type="checkbox"/>		KONTROLIRANO DISANJE <input type="checkbox"/>		BLAGA BOL (1-3) <input type="checkbox"/>										
POTPUNO OPSTR. <input type="checkbox"/>		USPORENO <input type="checkbox"/>		MASKA <input type="checkbox"/> MASKA s rezerv. <input type="checkbox"/>		OSTALO: <input type="checkbox"/>		UMJERENA BOL (4-6) <input type="checkbox"/>										
OSTALO: <input type="checkbox"/>		UBRZANO <input type="checkbox"/>		ČIŠĆENJE DIŠNIH PUTOVA <input type="checkbox"/>				JAKA BOL (7-10) <input type="checkbox"/>										
		ODSUTNO <input type="checkbox"/>		OROFARINGEALNI TUBUS <input type="checkbox"/>														
		OSTALO: <input type="checkbox"/>		NAZOFARINGEALNI TUBUS <input type="checkbox"/>														
				SUPRAGLOTIČNO POMAGALO <input type="checkbox"/>														
<b>KRVOTOK</b>				<b>POSTUPCI</b>				<b>SRČANI RITAM</b>										
1. BEZ POREMEĆAJA <input type="checkbox"/>		4. KOŽA <input type="checkbox"/>		1. BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/>		5. 12-KANALNI EKG <input type="checkbox"/>		SINUS RITAM <input type="checkbox"/>										
2. KRVARENJE <input type="checkbox"/>		NORMALNA <input type="checkbox"/>		2. VENSKI PUT <input type="checkbox"/>		6. VANISKA MASAŽA SRCA <input type="checkbox"/>		BRADIKARDIJA <input type="checkbox"/>										
3. PULS <input type="checkbox"/>		CIJANOTIČNA <input type="checkbox"/>		JEDAN <input type="checkbox"/>		7. POLU/AUTOMATSKA <input type="checkbox"/>		TAKIKARDIJA <input type="checkbox"/>										
PRAVILAN <input type="checkbox"/>		BLIJEDA <input type="checkbox"/>		DVA <input type="checkbox"/>		DEFIBRILACIJA <input type="checkbox"/>		VT <input type="checkbox"/>										
NEPRAVILAN <input type="checkbox"/>		HIPEREMIČNA <input type="checkbox"/>		VIŠE <input type="checkbox"/>		8. OSTALO: <input type="checkbox"/>		VT bp <input type="checkbox"/>										
UBRZAN <input type="checkbox"/>		TOPLA <input type="checkbox"/>		NEUSPJEŠNO <input type="checkbox"/>				VF <input type="checkbox"/>										
USPOREN <input type="checkbox"/>		HLADNA <input type="checkbox"/>		3. INTRAOSIČNI <input type="checkbox"/>				PEA <input type="checkbox"/>										
PERIFERNO ODSUTAN <input type="checkbox"/>		SUHA <input type="checkbox"/>		PUT <input type="checkbox"/>				ASISTOLIJA <input type="checkbox"/>										
CENTRALNO ODSUTAN <input type="checkbox"/>		VLAŽNA <input type="checkbox"/>		4. EKG MONITOR <input type="checkbox"/>														
		5. OSTALO: <input type="checkbox"/>																
S –																		
A –																		
M –																		
P –																		
L –																		
E –																		
<b>GKS</b>				<b>rTS</b>				<b>OSTALA STANJA / NALAZI / PRIMJEDBE</b>										
OTVARANJE OČJU		SPONTANO NA POZIV NA BOL BEZ ODGOVORA		FREKVENCJA DISANJA/min		10-29 4 <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><b>LIBROVI</b></td> <td>NAZIV</td> <td>VRIJEME</td> <td>KOLIČINA</td> <td>PUT PRIM.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		<b>LIBROVI</b>	NAZIV	VRIJEME	KOLIČINA	PUT PRIM.				
<b>LIBROVI</b>	NAZIV	VRIJEME	KOLIČINA	PUT PRIM.														
		4 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		->29 3 <input type="checkbox"/>												
		2 <input type="checkbox"/>		6-9 2 <input type="checkbox"/>		6-9 2 <input type="checkbox"/>												
		1 <input type="checkbox"/>		1-5 1 <input type="checkbox"/>		1-5 1 <input type="checkbox"/>												
				0 0 <input type="checkbox"/>		0 0 <input type="checkbox"/>												
VERBALNI ODGOVOR		ORJENTIRAN SMETEN NESUVISLE RJEČI NERAZUMLJIVI ZVUCI BEZ ODGOVORA		SISTOLIČKI KRVNI TLAK /mmHg		>89 4 <input type="checkbox"/>												
		5 <input type="checkbox"/>		76-89 3 <input type="checkbox"/>		76-89 3 <input type="checkbox"/>												
		4 <input type="checkbox"/>		50-75 2 <input type="checkbox"/>		50-75 2 <input type="checkbox"/>												
		3 <input type="checkbox"/>		1-49 1 <input type="checkbox"/>		1-49 1 <input type="checkbox"/>												
		2 <input type="checkbox"/>		0 0 <input type="checkbox"/>		0 0 <input type="checkbox"/>												
		1 <input type="checkbox"/>																
MOTORNI ODGOVOR		SLUŠA NAREDBE LOKALIZIRA BOL POVLAČENJE FLEKSIJA EKSTENZIJA BEZ ODGOVORA		GKS		13-15 4 <input type="checkbox"/>		<b>GLAVNA TEGOBA</b>										
		6 <input type="checkbox"/>				9-12 3 <input type="checkbox"/>												
		4 <input type="checkbox"/>				6-8 2 <input type="checkbox"/>												
		3 <input type="checkbox"/>				4-5 1 <input type="checkbox"/>												
		2 <input type="checkbox"/>				3 0 <input type="checkbox"/>												
		1 <input type="checkbox"/>																
<b>UKUPNO:</b>				<b>UKUPNO:</b>														
<b>TRANSPORTNI POLOŽAJ</b>				<b>ODBIJANJE INTERVENCIJE HMS</b>				<b>ZAVRŠETAK INTERVENCIJE</b>										
				ODBIJANJE PREGLEDA <input type="checkbox"/> ODBIJANJE SKRBI <input type="checkbox"/> ODBIJANJE PRIJEVOZA <input type="checkbox"/>				BOLNICA: <input type="checkbox"/> PREDAJA DRUGOM TIMU <input type="checkbox"/>										
POTPIS PACIJENTA				POTPIS I PEČAT MS-MT SPEC.				ODJEL: <input type="checkbox"/> BEZ PRIJEVOZA <input type="checkbox"/> OSTALO: <input type="checkbox"/>										

## PRILOG 6c.

NASTAVAK OBRASCA MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O PACIJENTU –  
LISTA A ZA DOKTORE MEDICINE / LISTA B ZA MEDICINSKE SESTRE-MEDICINSKE TEHNIČARE


Serijski broj obrasca	Ime i prezime pacijenta										ZAVOD ZA HITNU MEDICINU									
VRIJEME PREGLEDA																				
FREKVENCIJA DISANJA																				
RR																				
PULS																				
KAPILARNO PUNJENJE																				
SpO <sub>2</sub>	EtCO <sub>2</sub>																			
TA	TR																			
GUK																				
NADOPUNA NALAZA																				

POTPIS I PEČAT MS-MT SPEC. (TIM2):

POTPIS I PEČAT LIJEČNIKA (TIM1):

## PRILOG 7.

## OBRAZAC ZA PRAĆENJE POSTUPKA OŽIVLJAVANJA (UTSTEIN OBRAZAC)

<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU:</b> _____						
<b>SJEDIŠTE/ISPOSTAVA:</b> _____						
<b>OBRAZAC ZA PRAĆENJE POSTUPKA OŽIVLJAVANJA (UTSTEIN OBRAZAC)</b>						
<b>SLUČAJ</b>						
Datum	Broj poziva	Serijski broj Obrasca Lista A /Lista B	Broj nalaza	Br. Utstein obrasca		
Vrsta tima	Liječnik	MS/MT				
	Vozač	Reg. oznaka vozila				
Mjesto intervencije (grad, adresa)						
Prezime i ime pacijenta				Adresa stanovanja		
Datum rođenja	Dob	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	Ovisan o tuđoj pomoći Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>			
<b>Uzrok aresta</b> Medicinski <input type="checkbox"/> Traumatski <input type="checkbox"/> Predoziranje <input type="checkbox"/> Utapanje <input type="checkbox"/> Strujni udar <input type="checkbox"/> Udar groma <input type="checkbox"/> Asfiksija <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/>						
<b>Ranije dijagnoze</b>						
MKB	Dijagnoza					
<b>DOGAĐAJ</b>						
Poziv primio	Indeks (Kriterij)	Arest prepoznat Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>	Telefonske upute za oživljavanje Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>	Poziv predao		
Procijenjeno vrijeme kolapsa	Vrijeme prvog zvona telefona	Vrijeme prijema poziva	Vrijeme zaustavljanja vozila	Vrijeme reakcije	Vrijeme dolaska tima HMS pacijentu	
<b>Mjesto kolapsa</b>						
Stan <input type="checkbox"/>	Otvoreni javni prostor <input type="checkbox"/>	Zatvoreni javni prostor <input type="checkbox"/>	Ambulanta PZZ <input type="checkbox"/>	Dom za skrb <input type="checkbox"/>	Radno mjesto <input type="checkbox"/>	
Cesta <input type="checkbox"/>	Autocesta <input type="checkbox"/>	Sportsko-rekreacijski centar <input type="checkbox"/>	Obrazovna ustanova <input type="checkbox"/>	Ostalo <input type="checkbox"/>		
<b>Svjedoci kolapsa</b>						
Očevidac <input type="checkbox"/> Tim HMS <input type="checkbox"/> Bez svjedoka <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>						
<b>Laičko oživljavanje</b>				<b>Laička uporaba AVD-a</b>		
Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>				Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>		
Samo kompresije <input type="checkbox"/> Kompresije i ventilacije <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>				Šok isporučen <input type="checkbox"/> Šok nije isporučen <input type="checkbox"/> Br. šokova _____		
<b>Početni ritam</b>						
VF <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> Asistolija <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Bradikardija <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>						
<b>Oživljavanje HMS</b>				<b>Defibrilacija</b>		
Pokušano <input type="checkbox"/> Nije pokušano <input type="checkbox"/>				Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		
Prisutni sigurni znakovi smrti <input type="checkbox"/> Prisutni znakovi cirkulacije <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/>				Ručna <input type="checkbox"/> Automatska <input type="checkbox"/> Br. isporučenih šokova _____		
				Vrijeme prvog šoka _____		
Proteklo vrijeme od procijenjenog vremena kolapsa do prve defibrilacije				Ukupni broj isporučenih šokova (AVD+HMS)		
<b>Održavanje dišnog puta</b>						
Orofaringealni tubus <input type="checkbox"/> Nazofaringealni tubus <input type="checkbox"/> Supraglotičko pomagalo <input type="checkbox"/> Endotrahealna intubacija <input type="checkbox"/> Krikotiroidotomija iglom/pomagalom <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>						
<b>Vaskularni pristup</b>						
Intravenski <input type="checkbox"/> Intraosealni <input type="checkbox"/> Nema pristupa <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>						

Medikamentozna terapija				HM postupci		
Lijek	Vrijeme	Doza	Način primjene	Šifra	Postupak	Vrijeme
<b>Hlađenje infuzije</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>				<b>Kontrola ciljne temperature</b> Indicirana <input type="checkbox"/> Nije indicirana <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Učinjena <input type="checkbox"/> Nije učinjena <input type="checkbox"/> Prije ROSC <input type="checkbox"/> Nakon ROSC <input type="checkbox"/>		
<b>Pokušaj koronarne reperfuzije</b> Primjenjivo <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Tromboliza <input type="checkbox"/>						
<b>Je li se ikada tijekom intervencije uspostavila cirkulacija (ROSC)</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>				<b>Spontano disanje</b> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>Pri svijesti</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
<b>ROSC održan do dolaska u bolnicu</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>				<b>STEMI nakon ROSC</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>		
<b>Prijevoz</b> bez prijevoza <input type="checkbox"/> u bolnicu _____				Vrijeme predaje pacijenta _____		
<b>ISHOD</b>						
<b>Pokušaj koronarne reperfuzije</b> Primjenjivo <input type="checkbox"/> Nije primjenjivo <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Samo angiografija <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> Tromboliza <input type="checkbox"/> Unutar 24 sata od prijema <input type="checkbox"/> Nakon 24 sata od prijema <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>				<b>Kontrola ciljne temperature</b> Indicirana <input type="checkbox"/> Nije indicirana <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Učinjena <input type="checkbox"/> Nije učinjena <input type="checkbox"/> Prije ROSC <input type="checkbox"/> Nakon ROSC <input type="checkbox"/>		
<b>Pacijent živ 30 dana nakon aresta/prilikom otpusta iz bolnice</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/> Uzrok smrti (patologija) _____  MKB: _____				<b>Donor organa</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>		
<b>Neurološki ishod pri otpustu</b> mRS (0-6): <input type="checkbox"/> _____ Nije zabilježen <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>				<b>Pacijent živ 12 mjeseci nakon aresta</b> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nepoznato <input type="checkbox"/>		
<b>PRIMJEDBA</b>						

## PRILOG 8a.

## OBRAZAC ZAHTJEVA ZA HITAN MEDICINSKI PRIJEVOZ

Redni broj zahtjeva:	
OIB:	MBO:
Ime i prezime pacijenta:	Ime i prezime i kontakt broj liječnika koji traži hitni medicinski prijevoz:
Datum rođenja:	Datum i vrijeme upućivanja poziva:
Spol: M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	Planirani datum i vrijeme izvršenja prijevoza:

DIJAGNOZA: _____, _____ (šifra dijagnoze prema MKB)
POLAZIŠTE: _____
IME I PREZIME LIJEČNIKA IZ BOLNICE KOJI JE U PRATNJI PACIJENTA: _____
ODREDIŠTE: _____
IME I PREZIME LIJEČNIKA S KOJIM JE DOGOVOREN PRIJEM NA ODREDIŠTU: _____
KONTAKT (broj telefona ili mobitel) LIJEČNIKA NA ODREDIŠTU: _____

NAPOMENA O POTREBNOJ DODATNOJ MEDICINSKO-TEHNIČKOJ OPREMI ZA PRIJEVOZ:  U _____, _____
--

## PRILOG 8b.

## OBRAZAC MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O PACIJENTU ZA HITAN MEDICINSKI PRIJEVOZ

Ime i prezime pacijenta		Adresa			Zavod za hitnu medicinu		Broj nalaza										
OIB		Odlazna bolnica		Odjel	Datum i vrijeme polaska	Liječnik	Kontakt broj										
MBO																	
Serijski broj dokumenta																	
Kontakt osoba i broj telefona		Dolazna bolnica		Odjel	Datum i vrijeme dolaska	Liječnik	Kontakt broj										
Osnovna dijagnoza		Ostale dijagnoze															
Razlog premještaja		Alergije															
STANJE SVIJESTI		ZJENICA DESNA		ZJENICA LIJEVA		DIŠNI PUTOVI I DISANJE		POSTUPCI									
A- BUDAN <input type="checkbox"/> V- REAGIRA NA POZIV <input type="checkbox"/> P- REAGIRA NA BOL <input type="checkbox"/> U- NE REAGIRA <input type="checkbox"/> GKS:		<input type="checkbox"/> NORMALNA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MIOZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MIDRIJAZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DEFORMIRANA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> REAGIRA NA SVJETLO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NORMALNA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MIOZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MIDRIJAZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DEFORMIRANA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> REAGIRA NA SVJETLO <input type="checkbox"/>		<b>DIŠNI PUTOVI:</b> OTVORENI <input type="checkbox"/> DJELOMIČNO OPSTR. <input type="checkbox"/> POTPUNO OPSTR. <input type="checkbox"/> <b>DISANJE:</b> NORMALNO <input type="checkbox"/> NEPRAVILNO <input type="checkbox"/> USPORENO <input type="checkbox"/> UBRZANO <input type="checkbox"/> ODSUTNO <input type="checkbox"/> OSTALO:		BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/> ENDOTRAHEALNA INTUBACIJA <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> NOSNI KATETER <input type="checkbox"/> L/min _____ ASISTIRANO DISANJE <input type="checkbox"/> MASKA <input type="checkbox"/> MASKA sa spremnikom <input type="checkbox"/> L/min _____ KONTROLIRANO DISANJE <input type="checkbox"/> ČIŠĆENJE DIŠNIH PUTOVA <input type="checkbox"/> MEHANIČKA VENTILACIJA <input type="checkbox"/> OROFARINGEALNI TUBUS <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> NAZOFARINGEALNI TUBUS <input type="checkbox"/> KRIKOTIROIDOTOMIJA <input type="checkbox"/> SUPRAGLOTIČNO POMAGALO <input type="checkbox"/> OSTALO:									
KRVOTOK																	
1. BEZ POREMEĆAJA <input type="checkbox"/> 2. KRVARENJE <input type="checkbox"/> 3. PULS <input type="checkbox"/> PRAVILAN <input type="checkbox"/> NEPRAVILAN <input type="checkbox"/> UBRZAN <input type="checkbox"/> USPOREN <input type="checkbox"/> PERIFERNO ODSUTAN <input type="checkbox"/> CENTRALNO ODSUTAN <input type="checkbox"/>		4. KOŽA <input type="checkbox"/> NORMALNA <input type="checkbox"/> CIJANOTIČNA <input type="checkbox"/> BLJEDA <input type="checkbox"/> HIPEREMIČNA <input type="checkbox"/> TOPLA <input type="checkbox"/> HLADNA <input type="checkbox"/> SUHA <input type="checkbox"/> VLAŽNA <input type="checkbox"/>		5. OSTALO:													
POSTUPCI				EKG NALAZ				BOL									
1. BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/> 2. VENSKI PUT <input type="checkbox"/> JEDAN <input type="checkbox"/> DVA <input type="checkbox"/> VIŠE <input type="checkbox"/> 3. INTRAOSEALNI PUT <input type="checkbox"/> 4. EKG NADZOR <input type="checkbox"/>				5. 12-KANALNI EKG <input type="checkbox"/> 6. VANJSKA MASAŽA SRCA <input type="checkbox"/> 7. DEFIBRILACIJA <input type="checkbox"/> 8. TRANSKUTANA <input type="checkbox"/> 9. ELEKTROSTIMULACIJA <input type="checkbox"/> 10. KARDIOVERZIJA <input type="checkbox"/> 11. SINKRONIZIRANA <input type="checkbox"/> 12. OSTALO:				SINUS RITAM <input type="checkbox"/> SVES <input type="checkbox"/> SVT <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> ASISTOLIJA <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> AVB I st. <input type="checkbox"/> AVB II st. <input type="checkbox"/> AVB III st. <input type="checkbox"/>				VES <input type="checkbox"/> POLIMORFNE VES <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> BRADIKARDIJA <input type="checkbox"/> BDG <input type="checkbox"/> BLG <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/>				BEZ BOLI (0) <input type="checkbox"/> BLAGA BOL (1-3) <input type="checkbox"/> UMJERENA BOL (4-6) <input type="checkbox"/> JAKA BOL (7-10) <input type="checkbox"/>	
VRIJEME MJERENJA:																	
FREKVENCIJA DISANJA																	
RR																	
KAPILARNO PUNJENJE																	
SpO <sub>2</sub>																	
EtCO <sub>2</sub>																	
TA																	
TR																	
GUK																	
NALAZI I POSTUPCI TIJEKOM PRIJEVOZA																	
Lijekovi primijenjeni tijekom prijevoza		Vrijeme		Količina		Put primjene		Potpora disanja tijekom prijevoza:									
NAPOMENE:																	
ZAVRŠETAK INTERVENCIJE:																	
POTPIS I PEČAT LIJEČNIKA																	

Obrazac se ispunjava u dva primjerka:

1. Jedan primjerak zadržava Zavod za hitnu medicinu, a drugi primjerak zadržava bolnička zdravstvena ustanova

## PRILOG 9.

## OBRAZAC TRIJAŽE U OHBP

USTANOVA  
Objedinjeni hitni bolnički prijem

Broj protokola	
Datum	

## OBRAZAC TRIJAŽE

Ime i prezime:		Datum rođenja:		Adresa:
OIB:		MBO:		

## TRIAŽA

Vrijeme dolaska:	Upućen od:	MKB:					
<b>Glavna tegoba</b>							
Mehanizam ozljede							
Neurovaskularna procjena							
<b>SUBJEKTIVNA PROCJENA PACIJENTA</b>							
<b>OBJEKTIVNA PROCJENA PACIJENTA</b>							
<b>RR</b>	<b>Puls</b>	<b>Respiracije</b>	<b>SpO<sub>2</sub></b>	<b>Bol</b>	<b>AVPU/GKS</b>	<b>Temperatura</b>	<b>GUK</b>
<b>Rizični faktori</b>							
Ostale napomene (dokumentacija, primopredaja pacijenta, I.V. put, terapija, dosadašnje bolesti):							
Trijažna kategorija							
<b>SMJEŠTAJ PACIJENTA</b>							
Reanimacija <input type="checkbox"/>	Akutni dio <input type="checkbox"/>	Subakutni dio <input type="checkbox"/>	Čekaonica <input type="checkbox"/>				
Potpis medicinske sestre/ tehničara trijaže:							

## RETRIAŽA (razlog, vrijeme):

<b>RR</b>	<b>Puls</b>	<b>Respiracije</b>	<b>SpO<sub>2</sub></b>	<b>Bol</b>	<b>AVPU/GKS</b>	<b>Temperatura</b>	<b>GUK</b>
Trijažna kategorija							
<b>SMJEŠTAJ PACIJENTA</b>							
Reanimacija <input type="checkbox"/>	Akutni dio <input type="checkbox"/>	Subakutni dio <input type="checkbox"/>	Čekaonica <input type="checkbox"/>				
Potpis medicinske sestre/ tehničara trijaže:							



## PRILOG 10.

## OBRAZAC O IZVANREDNOM DOGAĐAJU U OHBP

NAZIV USTANOVE: _____
OBJEDINJENI HITNI BOLNIČKI PRIJEM
<b>OBRAZAC O IZVANREDNOM DOGAĐAJU</b>
IME I PREZIME: _____
RADNO MJESTO: _____
Izjavljujem da se dana: _____ u _____ (datum) (mjesto događaja)
dogodilo slijedeće:
<b>OPIS DOGAĐAJA</b>
U _____ (mjesto, datum) _____ (ime i prezime djelatnika)
_____
potpis

## PRILOG 11.

## ORGANIZACIJA HITNE MEDICINE NA JAVNIM OKUPLJANJIMA


Broj sudionika*	PRUŽATELJI HITNE MEDICINSKE SKRBI
<1.000	Organizator ili službeno tijelo samostalno procjenjuju potrebu nazočnosti tima HMS s obzirom na vrstu i program javnog okupljanja
1.001 - 5.000	Nazočnost najmanje jednog tima T2
5.001 -10.000	Nazočnost najmanje jednog tima T1
10.001 – 30.000	Nazočnost najmanje jednog tima T1 i jednog tima T2
> 30.000	Nazočnost najmanje jednog tima T1 i jednog tima T2 i uspostavljanje jednog radilišta zdravstvenog zbrinjavanja s liječnikom i medicinskom sestrom - medicinskim tehničarom
> 50.000	Nazočnost najmanje jednog tima T1 i jednog tima T2 i uspostavljanje dva radilišta zdravstvenog zbrinjavanja s liječnikom i medicinskom sestrom - medicinskim tehničarom

\*Broj sudionika: odnosi se na očekivani najveći broj prisutnih sudionika javnog okupljanja u jednom trenutku

NAPOMENA: Kod vrlo zahtjevnih i rizičnih velikih okupljanja pojačavaju se i bolnički resursi (Objedinjeni hitni bolnički prijem) koji djeluju na području na kojem se organizira okupljanje.

## PRILOG 12a.\*

## OBRAZAC ZA PRIJEM POZIVA SANITETSKOG PRIJEVOZA


<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU</b> _____			
<b>PRIJEM POZIVA SANITETSKOG PRIJEVOZA</b>			
Br. poziva	Dan	Datum prijema poziva	Vrijeme prijema poziva
Prijevoz unutar županije <input type="checkbox"/>		Dijaliza <input type="checkbox"/>	Datum prijevoza
Prijevoz izvan županije <input type="checkbox"/>		Vrijeme kada je pacijent naručen na prijem/pregled:	
		Poziv primio	
<b>Pacijent</b>			
Ime i prezime		Datum rođenja	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Pokretan DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Uz pomoć <input type="checkbox"/>	Ležeći <input type="checkbox"/> Sjedeći <input type="checkbox"/>	Invalidska kolica DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Ostala prijenosna pomagala _____ Pratnja DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
<b>Sanitetski prijevoz od</b>			
Grad	Adresa	Opis lokacije	
Stan <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dom socijalne skrbi _____	<input type="checkbox"/> Bolnica _____	
Kuća <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dom za djecu i mlađe punoljetne osobe _____	Odjel _____	
Kat _____	<input type="checkbox"/> Dom za djecu i odrasle – žrtve obiteljskog nasilja _____	<input type="checkbox"/> Ambulanta PZZ _____	
	<input type="checkbox"/> Dom za starije i nemoćne osobe _____	<input type="checkbox"/> Ambulanta SKZZ _____	
	<input type="checkbox"/> Ostali domovi za odrasle osobe _____		
<b>Sanitetski prijevoz do</b>			
Grad	Adresa	Opis lokacije	
Stan <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dom socijalne skrbi _____	<input type="checkbox"/> Bolnica _____	
Kuća <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dom za djecu i mlađe punoljetne osobe _____	Odjel _____	
Kat _____	<input type="checkbox"/> Dom za djecu i odrasle – žrtve obiteljskog nasilja _____	<input type="checkbox"/> Ambulanta PZZ _____	
	<input type="checkbox"/> Dom za starije i nemoćne osobe _____	<input type="checkbox"/> Ambulanta SKZZ _____	
	<input type="checkbox"/> Ostali domovi za odrasle osobe _____		
<b>Podaci o pozivatelju</b>			
Pozivatelj		Telefonski broj pozivatelja	

\*Po prijemu poziva obrazac ispisati



## PRILOG 14a.

## OBRAZAC ZA PRIMOPREDAJU CESTOVNOG VOZILA SANITETSKOG PRIJEVOZA

<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU:</b> _____			
<b>PRIMOPREDAJA CESTOVNOG VOZILA SANITETSKOG PRIJEVOZA</b>			
<b>Registarska oznaka</b>	<b>Datum primopredaje</b>	<b>Sat primopredaje</b>	
Stanje brojila u kilometrima: _____			
Utočeno gorivo: _____ litara u _____ sati			
Provjera ulja:	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Provjera tekućine za ispiranje vjetrobranskog stakla:	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Provjera signalnih uređaja:	svjetlo	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	sirena	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Čistoća vozila:	izvana	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	prostor za vozača	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
	prostor za pacijente	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Provjera radio-komunikacijskog uređaja:	Ispravan <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>	Nedostaje <input type="checkbox"/>
Provjera prenosive svjetiljke:	Ispravna <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>	Nedostaje <input type="checkbox"/>
Provjera uređaja za gašenje požara:	Ispravan <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>	Nedostaje <input type="checkbox"/>
Napomena:   			
Predao vozač:	Preuzeo vozač:		

## PRILOG 14b.

## OBRAZAC ZA PRIMOPREDAJU MEDICINSKE OPREME U CESTOVNOM VOZILU SANITETSKOG PRIJEVOZA

<b>PRIMOPREDAJA MEDICINSKE OPREME U VOZILU SANITETSKOG PRIJEVOZA</b>				
<b>Medicinska oprema za transport</b>				
1.	Glavna nosila	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
2.	Rasklopna stolica	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
3.	Platnena nosila	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>


<b>Medicinska oprema za primjenu kisika</b>				
1.	1 boca za kisik zapremine 10 litara s manometrom i protokomjerom	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
2.	Količina kisika (u litrama) u boci	_____ L		
3.	Prijenosna boca zapremine 2 litre s manometrom i protokomjerom	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>
4.	Količina kisika (u litrama) u prijenosnoj boci	_____ L		
5.	Ostala oprema za primjenu kisika	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravna <input type="checkbox"/>

<b>Medicinski uređaji, dijagnostička oprema i pripadajući pribor</b>				
1.	Aspirator	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
2.	Automatski vanjski defibrilator	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
3.	Pulsni oksimetar	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
4.	Glukometar	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
5.	Tlakomjer	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
6.	Termometar	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
7.	_____ (upisati naziv uređaja/dijagnostičke opreme)	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravno <input type="checkbox"/>

<b>Ostalo</b>				
1.	Set za održavanje prohodnosti dišnih putova i ventilacije kod odraslih	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
2.	Set za održavanje prohodnosti dišnih putova i ventilacije kod djece i novorođenčadi	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
3.	Set za zbrinjavanje ozljeda	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
4.	Set za masovne nesreće - opcionalno	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
5.	Pribor za uspostavu venskog puta, primjenu lijekova i infuzija	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
6.	Materijal za zbrinjavanje ozljeda	Ima <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
7.	Zaštitne jednokratne rukavice	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>
8.	Zaštitne sterilne rukavice	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>
9.	Zaštitne maske	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>
10.	Zaštitne naočale	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>
11.	Zaštitne pregače	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>
12.	Dozator sa dezinfekcijskim sredstvom	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
13.	Spremnik za oštre predmete	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
14.	Spremnik za infektivni otpad	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
15.	Spremnik za komunalni otpad	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Neispravan <input type="checkbox"/>
16.	Pokrivači, plahte i jastuci	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>
17.	Vrećica za povraćanje	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>
18.	Bubrežasta zdjelica	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>
19.	Posude za uriniranje	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>
20.	_____ (upisati naziv)	Ima <input type="checkbox"/>	Nema <input type="checkbox"/>	Nedostatno <input type="checkbox"/>
Napomena:				
Predao zdravstveni radnik:		Preuzeo zdravstveni radnik:		



## PRILOG 15.

## OBRAZAC O IZVANREDNOM DOGAĐAJU U SANITETSKOM PRIJEVOZU

ZAVOD ZA HITNU MEDICINU: _____	
<b>OBRAZAC O IZVANREDNOM DOGAĐAJU U SANITETSKOM PRIJEVOZU</b>	
IME I PREZIME: _____	
RADNO MJESTO: _____	
Izjavljujem da se dana: _____ u _____	
(datum)	(mjesto događaja)
dogodilo slijedeće:	
<b>OPIS DOGAĐAJA</b>	
U _____	_____
(mjesto, datum)	(ime i prezime djelatnika)
	_____ potpis

## PRILOG 16.

## OBRAZAC DOKUMENTACIJE O PACIJENTU U SANITETSKOM PRIJEVOZU

Serijski broj dokumenta:		<b>ZAVOD ZA HITNU MEDICINU</b>					
OIB		MBO					
Ime i prezime		Datum rođenja	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	Datum:	Vrijeme dolaska:	Serijski broj obrasca	
Adresa osiguranika			Mjesto/adresa intervencije:				
STANJE SVIJESTI		DIŠNI PUTOVI		DISANJE		POSTUPCI	
A- BUDAN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V- REAGIRA NA POZIV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> P- REAGIRA NA BOL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> U- NE REAGIRA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. OTVORENI <input type="checkbox"/> 2. DJELOMIČNO OPSTR. <input type="checkbox"/> 3. POTPUNO OPSTR. <input type="checkbox"/> 4. OSTALO _____		1. NORMALNO <input type="checkbox"/> 2. NEPRAVILNO <input type="checkbox"/> 3. USPORENO <input type="checkbox"/> 4. UBRZANO <input type="checkbox"/> 5. ODSUTNO <input type="checkbox"/> 6. OSTALO _____		1. BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/> 2. O <sub>2</sub> NOSNI KATETER <input type="checkbox"/> L/min _____ 3. MASKA <input type="checkbox"/> MASKA sa spremnikom <input type="checkbox"/> L/min _____ 4. ČIŠĆENJE DIŠNIH PUTOVA <input type="checkbox"/> 5. OROFARINGEALNI TUBUS <input type="checkbox"/> 6. NAZOFARINGEALNI TUBUS <input type="checkbox"/> 7. OSTALO _____	
KRVOTOK		POSTUPCI		BOL		POMAGALA	
1. BEZ POREMEĆAJA <input type="checkbox"/> 2. KRVARENJE <input type="checkbox"/> 3. PULS PRAVILAN <input type="checkbox"/> NEPRAVILAN <input type="checkbox"/> UBRZAN <input type="checkbox"/> USPOREN <input type="checkbox"/> PERIFERNO ODSUTAN <input type="checkbox"/> CENTRALNO ODSUTAN <input type="checkbox"/>		4. KOŽA <input type="checkbox"/> NORMALNA <input type="checkbox"/> CIJANOTIČNA <input type="checkbox"/> BLIJEDA <input type="checkbox"/> HIPEREMIČNA <input type="checkbox"/> TOPLA <input type="checkbox"/> HLADNA <input type="checkbox"/> SUHA <input type="checkbox"/> VLAŽNA <input type="checkbox"/> 5. OSTALO _____		1. BEZ POSTUPAKA <input type="checkbox"/> 2. VENSKI PUT <input type="checkbox"/> 3. VANJSKA MASAŽA SRCA <input type="checkbox"/> 4. DEFIBRILACIJA <input type="checkbox"/> 5. OSTALO _____		1. BEZ BOLI (0) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. BLAGA BOL (1-3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. UMJERENA BOL (4-6) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. JAKA BOL (7-10) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NG SONDA <input type="checkbox"/> URINARNI KATETER <input type="checkbox"/> PELENA <input type="checkbox"/> POMAGALO ZA KRETANJE _____ OSTALA PRIJENOSNA POMAGALA _____
PROMJENA STANJA PACIJENTA				OSTALA STANJA / NALAZI / PRIMJEDBE			
VRIJEME MJERENJA							
FREKVENCIJA DISANJA							
RR							
PULS							
KAPILARNO PUNJENJE							
SpO <sub>2</sub>							
TEMP.							
GUK							
DIJAGNOZA	MKB	UPUTNA DIJAGNOZA					
ODBLJANJE PRIJEVOZA				ZAVRŠETAK PRIJEVOZA			
ODBLJANJE SKRBI <input type="checkbox"/> ODBLJANJE PRIJEVOZA <input type="checkbox"/> _____ POTPIS PACIJENTA				BOLNICA: <input type="checkbox"/>	ODJEL: <input type="checkbox"/>	KUĆI: <input type="checkbox"/>	
				PREDAJA DRUGOM TIMU <input type="checkbox"/>	BEZ PRIJEVOZA <input type="checkbox"/>	OSTALO: _____	
TRANSPORTNI POLOŽAJ							
				POTPIS ZDRAVSTVENOG RADNIKA			