

# Notfallprotokoll für First-Responder & Betriebsanität

|  |             |   |             |
|--|-------------|---|-------------|
| <b>Patient*in</b>  |             |   | Datum:      |
| Name:  | Geb. Dat.:  | <input type="checkbox"/> m                            | Zeit:       |
| Vorname:   | Telefon:    | <input type="checkbox"/> w                            | Notfallort: |
| <input type="checkbox"/> MA intern <input type="checkbox"/> extern | Arbeitsort: | <input type="checkbox"/> <b>112 alarmiert (Zeit):</b> |             |

|   |                 |                 |
|---|-----------------|-----------------|
| <b>REANIMATION: Person bewusstlos &amp; ohne Atmung</b> |                 |                 |
| Startzeit:  | Eintreffen AED: | Anzahl Schocks: |

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

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

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

| Massnahmen, Bemerkungen |
|-------------------------|
|                         |

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

|                     |  |                    |
|---------------------|--|--------------------|
| <b>Ersthelfende</b> |  | <b>Einsatzende</b> |
| <b>Zeugen</b>       |  | Zeit:              |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Protokoll zurück an:</b> |  |
|-----------------------------|--|