

ČESKÝ OBRANNÝ STANDARD



**POLNÍ ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE
O POSKYTOVANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽBÁCH
NA ROLI 1 – 3 A TRANSPORTU RANĚNÝCH**

ČOS 650006
1. vydání
Změna 1

(VOLNÁ STRANA)

ČESKÝ OBRANNÝ STANDARD

POLNÍ ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE O POSKYTOVANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽBÁCH NA ROLI 1 – 3 A TRANSPORTU RANĚNÝCH

Základem pro tvorbu tohoto standardu byl originál následujícího dokumentu:

STANAG 2132, Ed. 3 DOCUMENTATION RELATIVE TO INITIAL MEDICAL
TREATMENT AND EVACUATION

Dokumentace prvotního lékařského ošetření a odsunu

AMedP-8.1(A) DOCUMENTATION RELATIVE TO INITIAL MEDICAL
TREATMENT AND EVACUATION

Dokumentace prvotního lékařského ošetření a odsunu

© Úřad pro obrannou standardizaci, katalogizaci a státní ověřování jakosti

Praha 2018

OBSAH

1	Předmět standardu.....	6
2	Nahrazení standardů (norem).....	6
3	Související dokumenty.....	6
4	Zpracovatel ČOS.....	7
5	Použité zkratky, značky a definice.....	7
5.1	Zkratky a značky	7
5.2	Definice	8
6	Zdravotnická dokumentace	8
7	Polní zdravotnická dokumentace	9
8	Dokumentace v místě zranění.....	9
8.1	Identifikace pacienta	10
8.2	Původce vzniku poranění	10
8.3	Přiložení turniketu na končetině.....	10
8.4	Příznaky a symptomy	10
8.5	Ošetření	11
8.6	Uvedení evakuační kategorie raněného	11
9	Dokumentace odsunu.....	11
9.1	Identifikace pacienta	11
9.2	Informace o odsunu	12
9.3	Diagnóza	12
9.4	Léčba	12
9.5	Doplňující informace	12
10	Dokumentace na Roli 1	12
10.1	Identifikace pacienta	13
10.2	Příčina poranění nebo nemoci	13
10.3	Diagnóza	13
10.4	Léčba	13
10.5	Odsun	14
11	Dokumentace na Roli 2 a 3	14
11.1	První strana Zdravotnického hlášení	14
11.2	Druhá strana Zdravotnického hlášení.....	14
11.3	Třetí strana Zdravotnického hlášení.....	15
11.4	Čtvrtá strana Zdravotnického hlášení.....	15

Přílohy

Příloha A	Vzor dokumentu Karta TCCC	20
Příloha B	Vzor dokumentu Odsunová karta	22
Příloha C	Vzor dokumentu Polní zdravotnická karta	24
Příloha D	Vzor dokumentu Zdravotnické hlášení	26
Příloha E	Žádost o zdravotnický odsun	30
Příloha F	Mechanismus zranění symptomy ošetření	31

1 Předmět standardu

ČOS 650006, 1. vydání, zavádí STANAG 2132, Ed. 3 do prostředí ČR. ČOS stanovuje obsah a formy jednotlivých zdravotnických formulářů nezbytných pro sběr dat o poskytnuté zdravotnické péči na Roli 1 – 3 a v rámci odsunů. Uvedená dokumentace splňuje požadavek na vzájemné využití mezi zdravotnickými službami ozbrojených sil ČR a členskými státy NATO.

2 Nahrazení standardů (norem)

ČOS nenahrazuje žádnou normu nebo standard.

3 Související dokumenty

V tomto ČOS jsou normativní odkazy na následující citované dokumenty (celé nebo jejich části), které jsou nezbytné pro jeho použití. U odkazů na datované citované dokumenty platí tento dokument bez ohledu na to, zda existují novější vydání/edice tohoto dokumentu. U odkazů na nedatované dokumenty se používá pouze nejnovější vydání/edice dokumentu (včetně všech změn).

AAMedP-1.1	–	AEROMEDICAL EVACUATION Vzdušný zdravotnický odsun
AMedP-8.2	–	BASIC MILITARY MEDICAL REPORT Základní vojenský lékařský záznam
AMedP-8.8	–	MEDICAL WARNING TAG Zdravotnický výstražný štítek (průkaz)
ATP-97	–	NATO LAND URGENT VOICE MESSAGES (LUVV) POCKET BOOK Kapesní příručka NATO – Naléhavé hlasové zprávy používané v pozemních silách
STANAG 2347	–	MEDICAL WARNING TAG Zdravotnický výstražný štítek (průkaz)
STANAG 2348	–	BASIC MILITARY MEDICAL RECORD Základní vojenský lékařský záznam
STANAG 2627	–	NATO LAND URGENT VOICE MESSAGES (LUVV) POCKET BOOK Kapesní příručka NATO – Naléhavé hlasové zprávy používané v pozemních silách
STANAG 3204	–	AEROMEDICAL EVACUATION Vzdušný zdravotnický odsun
Vševojsk-2-19	–	Naléhavé hlasové zprávy používané v operacích pozemních sil

- Vyhláška – Vyhláška o zdravotnické dokumentaci
č. 98/2012
Sb.
- Zákon – Zákon o zdravotních službách
č. 372/2011 a podmínkách jejich poskytování
Sb.

4 Zpracovatel ČOS

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, Ing. Jaroslava Doležalová, Ing. Kamila Táborská.

5 Použité zkratky, značky a definice

5.1 Zkratky a značky

Zkratka	Název v originálu	Český název
BI	Battle Injury	Bojové zranění
CRT	Capillary Refill Time	Kapilární návrat
ČOS		Český obranný standard
FMC	Field Medical Card	Polní zdravotnická karta
GSW	Gunshot Wound	Střelné zranění
IED	Improvised Explosive Device	Improvizované výbušné zařízení
IV	Intravenous	Do žíly
MEDEVAC	Medical Evacuation	Zdravotnický odsun
MEDEVAC 9-LINER	Medical Evacuation Request	Žádost o zdravotnický odsun
MIST-AT	Mechanism Injury Symptoms Treatment	Mechanismus zranění symptomů ošetření
MTF	Medical Treatment Facility	Zdravotnické zařízení
MVC	Motor Vehicle Crash	Dopravní nehoda
NATO	North Atlantic Treaty Organization	Organizace Severoatlantické smlouvy
NBI	Non-battle Injury	Nebojové zranění
POI	Point of Injury	Místo zranění

Zkratka	Název v originálu	Český název
RPG	Rocket-propelled Grenade	Reaktivní protitankový granát
STANAG	NATO Standardization Agreement	Standardizační dohoda NATO
TCCC	Tactical Combat Casualty Care	Taktická péče o raněné v boji

5.2 Definice

Karta TCCC / TCCC Card	Zdravotnická dokumentace pacienta používaná v místě zranění
Mechanismus zranění symptomy ošetření / Mechanism Injury Symptoms Treatment	Hlášení uvádějící podrobnější informace o jednotlivých raněných doplňující Žádost o zdravotnický odsun (MEDEVAC 9-LINER)
Odsunová karta / Evacuation Card	Zdravotnická dokumentace pacienta používaná v průběhu odsunu
Polní zdravotnická karta / Field Medical Card	Zdravotnická dokumentace pacienta používaná pro záznam na Roli 1
Zdravotnické hlášení / Medical Report	Zdravotnická dokumentace pacienta používaná pro souhrnný záznam na Roli 2 a 3
Zdravotnický odsun / medical evacuation	Odsun raněných pod zdravotnickým dohledem do léčebných zdravotnických zařízení.
Žádost o zdravotnický odsun / Medical Evacuation Request	Strukturovaný požadavek na zdravotnický odsun raněných (MEDEVAC) odesílaný prostřednictvím hlasové zprávy za použití příslušných čísel řádků a odpovídajících kódů.

6 Zdravotnická dokumentace

Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci je v ČR uložena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který se zabývá poskytováním zdravotních služeb a podmínkami jejich poskytování. Podrobné informace o způsobu vedení zdravotnické dokumentace jsou uvedeny ve vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Tato vyhláška definuje s ohledem na rozsah poskytovaných zdravotních služeb soubor údajů o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi.

7 Polní zdravotnická dokumentace

Poskytování zdravotní péče raněným a nemocným v poli je odlišné od poskytování péče v mírových podmínkách. Operační prostředí je specifické a je ovlivňováno mnoha faktory (např. probíhající operace, hluk, tma, chlad, omezená kapacita léčby a transportu).

Poskytování zdravotní péče musí být systemizované, nepřetržité a přiměřené. Tato péče je standardně poskytována progresivním způsobem na úrovni čtyř rolí (Role 1 – 4). Role označují rozsah a úroveň poskytované péče. V místě vzniku poranění či onemocnění je poskytována první pomoc formou svépomoci a vzájemné pomoci, následuje předlékařská pomoc, odborná péče a specializovaná lékařská péče a případná definitivní léčba a rehabilitace. Systém zdravotnického zabezpečení v polních podmínkách závisí na dobře organizované předlékařské a lékařské péči a zdravotnickém odsunu. Poskytovaná zdravotní péče je v průběhu léčebně odsunového systému zaznamenávána do příslušné zdravotnické dokumentace.

Zdravotnická dokumentace pacienta představuje záznam zdravotnických informací obsahující identifikační údaje pacienta, údaje o jeho zdravotním stavu, poskytnuté zdravotnické pomoci a odsunu. Způsob zpracování zdravotnické dokumentace je definován a musí být z důvodu interoperability v rámci NATO jednotný.

Během operací je první pomoc raněným poskytována v místě vzniku zranění (POI). Záznam o poskytnutém ošetření a zdravotním stavu pacienta je proveden na formuláři Karta TCCC. Informace potřebné pro zajištění odsunu a poskytnuté zdravotní péči během odsunu jsou zaznamenány na odsunové kartě. Záznam o poskytnuté lékařské péči na Roli 1 je proveden na formuláři Polní zdravotnická karta. Ošetření poskytnuté na Roli 2 a 3 je zaznamenáno v klinických záznamech vojenské nemocnice. V případě přesunu pacienta z Role 2 a 3 do dalšího zařízení zdravotní péče je vystaven dokument Zdravotnické hlášení (Medical Report) shrnující potřebné zdravotnické údaje pacienta. Veškerá zdravotnická dokumentace doprovází pacienta až do místa definitivní péče.

Pro zajištění pozemního i leteckého zdravotnického odsunu raněných nebo nemocných se odesílá požadavek na zdravotnický odsun raněných (MEDEVAC) s použitím strukturovaného formuláře Žádost o zdravotnický odsun (MEDEVAC 9-LINER) a hlášení Mechanismus zranění symptomy ošetření (MIST-AT).

8 Dokumentace v místě zranění

V místě zranění (POI) je zraněným poskytnuta první pomoc. Záznam o poskytnuté pomoci je proveden na Kartě TCCC (TCCC Card). Tato karta je součástí výbavy jednotlivce a jednotky. Karta TCCC je provedena v anglickém jazyce.

Na Kartě TCCC jsou zaznamenány informace o identitě raněného a poskytovatele první pomoci, původci zranění, vykazovaných zdravotních symptomech raněného, poskytnuté první pomoci, odsunové kategorii raněného a případné další důležité informace týkající se zdravotního stavu raněného (včetně informací uvedených na zdravotnickém výstražném štítku raněného, v souladu se STANAG 2347).

Karta TCCC musí být zhotovena z pevného, tenkého, flexibilního, voděodolného plastického materiálu, který umožňuje voděodolný záznam. Materiál musí být schválen pro

ČOS 650006

1. vydání

Změna 1

používání ve složkách NATO (NSN-7530-99-508-4139¹). Rozměry Karty TCCC jsou 9 x 13 cm.

Karta TCCC doprovází pacienta během jeho odsunu na další etapy zdravotnické péče a je součástí jeho zdravotnické dokumentace.

Minimální soubor základních dat zaznamenaných na této kartě je uveden níže. Vzor Karty TCCC je uveden v příloze A.

8.1 Identifikace pacienta

- Jméno a příjmení pacienta
- Datum zranění
- Čas zranění
- Jednotka původu
- Krevní skupina

8.2 Původce vzniku poranění

- Dělostřelecká palba
- Popálení
- Pád
- Výbuch granátu
- Střelné poranění
- Improvizované výbušné zařízení
- Nášlapná mina
- Dopravní nehoda
- Reaktivní protitankový granát
- Jiné

8.3 Příložení turniketu na končetině

- Vyznačení místa příložení na obrázku uvedeném na Kartě TCCC
- Typ turniketu
- Čas příložení

8.4 Příznaky a symptomy

- Puls (frekvence)
- Krevní tlak
- Dechová frekvence
- CRT
- Úroveň vědomí

¹ Skladové číslo NSN (NATO Stock Number) je třináctimístný číselný kód, identifikující všechny standardizované položky, které byly uznány všemi zeměmi NATO.

- Stupeň bolestivosti (0 až 10)

8.5 Ošetření

- Zástava krvácení (přiložený turniket - končetinový, tříselný a podpažní, tlakový obvaz, hemostatické krytí)
- Zajištění dýchacích cest (neprovedeno, zavedení nosního vzduchovodu, koniopunkce, endotracheální trubice, chirurgické zabezpečení dýchacích cest)
- Zajištění dýchání (kyslík, hrudní punkce, hrudní drenáž, hrudní krytí)
- Další poskytnuté ošetření (např. podání tekutin, léčiv, přiložení chrániče očí, dlahy, prevence hypotermie)
- Záznam jakýchkoli dalších důležitých okolností

8.6 Uvedení evakuační kategorie raněného

Do horní části Karty TCCC se uvede informace o evakuační kategorii raněného (T1 až T4).

9 Dokumentace odsunu

V případě každého odsunu pacienta je vystavována Odsunová karta (Evacuation Card). Tato karta obsahuje informace o identitě pacienta, jeho kategorii a způsobu odsunu (dopravní prostředek a poloha raněného během odsunu), cílovém zdravotnickém zařízení, kam je pacient odsunován, přiložené zdravotnické dokumentaci a osobním majetku. Dále jsou uvedeny informace o poskytnuté zdravotnické péči, zdravotním stavu pacienta během odsunu a případné další potřebné informace. Odsunová karta je provedena v anglickém jazyce.

Odsunová karta musí být zhotovena z pevného, tenkého, flexibilního, voděodolného plastického materiálu, který umožňuje voděodolný záznam. Materiál musí být schválen pro používání ve složkách NATO (NSN-7530-99-508-4139). Odsunová karta je ve formátu A4. Je opatřena kapsou na uložení přiložené zdravotní dokumentace, v horní části karty je otvor na provlečení šňůrky pro možnost zavěšení okolo krku pacienta. Tato karta je součástí zdravotnické dokumentace pacienta a doprovází pacienta během jeho odsunu na další etapy zdravotnické péče.

Minimální soubor základních dat zaznamenaných na této kartě je uveden níže. Vzor dokumentu Odsunová karta je uveden v příloze B.

9.1 Identifikace pacienta

- Jméno a příjmení pacienta
- Pohlaví
- Služební číslo
- Datum narození
- Jednotka
- Ozbrojená složka (národnost)

9.2 Informace o odsunu

- Kategorie odsunu (v souladu se STANAG 3204)
- Odsunový prostředek
- Pozice pacienta během odsunu

9.3 Diagnóza

- Krevní skupina
- Citlivost na anestetika (specifikace)
- Citlivost na antibiotika (specifikace)
- Citlivost na imunizační látky (specifikace)
- Citlivost na jiné látky/materiály (specifikace)
- Informace o aktuálním zdravotním stavu

9.4 Léčba

- Nitrožilní vstup
- Intraoseální vstup
- Přiložený turniket (místo přiložení)
- Imobilizace
- Popáleniny
- Drenáž
- Tekutiny
- Případné další potřebné informace
- Sledování zdravotního stavu během odsunu
- Změna zdravotního stavu během odsunu

9.5 Doplnující informace

- Cílové zdravotnické zařízení
- Přiložená zdravotnická dokumentace
- Ostatní informace (např. zavazadla, osobní majetek)
- Datum odsunu
- Jméno ošetřujícího lékaře a sestry

10 Dokumentace na Roli 1

Pro záznam o poskytnuté zdravotní péči na Roli 1 je určen dokument Polní zdravotnická karta (Field Medical Card –FMC). Polní zdravotnická karta obsahuje definovaný soubor dat s informacemi o identitě raněného a poskytnuté první pomoci, prvotním zdravotnickém ošetření a poskytnuté zdravotní péči během odsunu na Roli 1 a poskytnuté péči na Roli 1. Tato karta doprovází pacienta během jeho odsunu na další etapy zdravotnické péče a je součástí jeho zdravotnické dokumentace.

Polní zdravotnická karta je provedena ve dvojjazyčné podobě, v jazyce anglickém a českém.

Polní zdravotnická karta musí být zhotovena z pevného, tenkého, flexibilního, voděodolného plastického materiálu, který umožňuje voděodolný záznam. Materiál musí být schválen pro používání ve složkách NATO (NSN-7530-99-508-4139). Rozměry Polní zdravotnické karty jsou ve formátu A4.

Minimální soubor základních dat zaznamenaných na této kartě je uveden níže. Vzor Polní zdravotnické karty je uveden v příloze C.

10.1 Identifikace pacienta

- Jméno a příjmení pacienta
- Pohlaví
- Služební číslo
- Datum narození
- Hodnost
- Jednotka
- Ozbrojená složka (národnost)

10.2 Příčina poranění nebo nemoci

- Povaha poranění nebo onemocnění (bojové, nebojové, jiné)

10.3 Diagnóza

- Datum zranění nebo onemocnění
- Čas vyšetření
- Diagnóza
- Citlivost na anestetika (specifikace)
- Citlivost na antibiotika (specifikace)
- Citlivost na imunizační látky (specifikace)
- Citlivost na jiné látky/materiály (specifikace)
- Krevní skupina a Rh faktor
- Základní vitální funkce
- Anamnéza pacienta související s poskytovanou péčí
- Hlášení o odborných vyšetřeních
- Závěry včetně konečné diagnózy

10.4 Léčba

- Tekutiny
- Morfin, čas/dávka/datum
- Tetanus, čas/dávka/datum
- Turniket ANO/NE

- Čas přiložení turniketu
- Zpráva o chirurgických zákrocích
- Doporučení pro další léčbu
- Jednotka vojenského zdravotnického zařízení

10.5 Odsun

- Odsunová jednotka
- Izolace ANO/NE
- Monitorování pacienta
- Priorita léčby a odsunu
- Kategorie odsunu
- Zvláštní podmínky pro odsun v souladu se STANAG 2347
- Klasifikace pacienta pro kategorii vzdušného zdravotnického odsunu v souladu se STANAG 3204
- Jméno a hodnost vojenského lékaře odpovídajícího za odsun

11 Dokumentace na Roli 2 a 3

V případě jakéhokoli odsunu pacienta z úrovně Role 2 a 3 se vystavuje Zdravotnické hlášení (Medical Report). Tento dokument musí být v souladu se STANAG 2348.

Zdravotnické hlášení (Medical Report) je souhrnný přehled zdravotní péče, která byla raněnému (nemocnému) na Roli 2 či 3 poskytnuta. Obsahuje základní informace týkající se vzniku poranění, prvotního ošetření, dále stav při příjmu na Roli 2 či 3, průběh hospitalizace, léčebné výkony poskytované na jednotlivých odděleních MTF včetně chirurgických zákroků, zobrazovacích metod, laboratorních vyšetření, stav při propuštění, apod.

Zdravotnické hlášení je vedeno pouze v anglickém jazyce, slouží jako propouštěcí zpráva z Role 2 či 3. Výtisk je o dvou listech na čtyřech stranách. Dokument je proveden na papíru formátu A4.

Rozdělení informací uvedených v dokumentu Zdravotnické hlášení do jednotlivých částí je uvedeno níže. Vzor tohoto dokumentu je uveden v příloze D.

11.1 První strana Zdravotnického hlášení

- Základní informace o MTF, charakter zahraniční operace a místa nasazení
- Identifikace raněného (nemocného)
- Stav při příjmu – na pohotovosti (Emergency)
- Hospitalizace – příjem a propuštění
- Datum, čas, jméno a podpis propouštějícího lékaře

11.2 Druhá strana Zdravotnického hlášení

- Detaily vzniku poranění
- Stav pacienta před hospitalizací, údaje týkající se jeho vitálních funkcí a prvotních intervencí

- Detaily související s poraněním vzniklým při MVC a záznamy o osobních ochranných prostředcích

Tyto údaje slouží zejména jako podklad pro informace předávané do databáze traumat, pro statistické analýzy a následně vydávaná doporučení vedoucí ke zvýšení úrovně poskytované péče (zlepšení zdravotní péče, vybavení jednotlivců, přípravy jednotky k nasazení do zahraničních operací).

11.3 Třetí strana Zdravotnického hlášení

Na tuto stranu se uvádí přehled všech výkonů, které byly v MTF provedeny na jednotlivých odděleních.

11.4 Čtvrtá strana Zdravotnického hlášení

- Přehled podaných transfuzních přípravků a tekutin IV
- Přehled komplikací
- Přehled doplňujících vyšetření a péče (na Roli 3, kde jsou přítomni specialisté v lékařských oborech)
- Datum, čas, jméno a podpis lékaře, který přehled zpracoval

12 Požadavek na zdravotnický odsun

Pro vyžádání zdravotnického odsunu raněného nebo nemocného se používá v souladu se STANAG 2627, publikace ATP-97 a Vševojsk-2-19 strukturovaný devítirádkový formulář Žádost o zdravotnický odsun (Medical Evacuation Request – MEDEVAC 9-LINER) a doplňující hlášení Mechanismus zranění symptomy ošetření (Mechanism Injury Symptoms Treatment – MIST-AT).

Požadavek na MEDEVAC se odesílá prostřednictvím rádiového hlášení, při komunikaci se užívají čísla řádků a příslušné kódy. Součástí žádosti o MEDEVAC je doplňující hlášení MIST-AT, které se podává pro každého pacienta zvlášť dle možností daných charakterem operace.

Soubor základních dat uváděných v dokumentu Žádost o zdravotnický odsun a Mechanismus zranění symptomy ošetření je uveden níže. Vzor dokumentu Žádost o zdravotnický odsun (MEDEVAC 9-LINER) je uveden v příloze E, vzor dokumentu Mechanismus zranění symptomy ošetření (MIST-AT) je uveden v příloze F tohoto dokumentu.

12.1 Strukturované hlášení MEDEVAC 9-LINER

Strukturované hlášení MEDEVAC 9-LINER obsahuje následující informace:

- Line 1 – volací znak volané radiostanice a volající radiostanice (Call Sign To / From) a výstražné oznámení (Warning Order – MEDEVAC);
- Line 2 – lokalizace (Location), uvedení souřadnic zóny vyzvednutí (Grid of Pick-Up Zone);
- Line 3 – počet pacientů / Priorita (Number of Patients / Priority):
 - PRIORITY1 (P1) – urgentní, nutnost ošetření ve zdravotnickém zařízení do 60 minut;
 - PRIORITY2 (P2) – nutnost ošetření ve zdravotnickém zařízení do 4 hodin;
 - PRIORITY3 (P3) – nutnost ošetření ve zdravotnickém zařízení do 24 hodin (Role 2/Role 3).

- Line 4 – vyžadované speciální vybavení (Special Equipment Required):
 - žádné (none);
 - naviják (hoist);
 - dýchací přístroj (ventilator) ;
 - vyprošťovací prostředek (extraction device).
- Line 5 – počet pacientů / Typ (Patients/Type):
 - S (Stretcher) – počet pacientů na nosítkách;
 - W (Walking) – počet samostatně chodících pacientů;
 - E (Escort) – počet doprovázejících osob;
 - O (Other, give details) – počet jiných osob, uvedení podrobností.
- Line 6 – bezpečnost v zóně vyzvednutí (Security at Pick-up Zone):
 - N (No enemy) – bez přítomnosti protivníka;
 - P (Possible enemy) – možná přítomnost protivníka;
 - E (Enemy in area) – výskyt protivníka v zóně;
 - X (Hot, armed escort required) – požadován ozbrojený doprovod.
- Line 7 – způsob označení místa vyzvednutí (Pick-up Zone Marking Method) – například kouřovým signálem včetně uvedení barvy, nebo pomocí osvětlení včetně uvedení barvy atd.;
- Line 8 – status pacienta vzhledem k jeho státní příslušnosti a postavení (Patients by Nationality / Status):
 - A NATO military – NATO voják;
 - B NATO civilian – NATO civilista;
 - C Non NATO military – voják státu mimo NATO;
 - D Non NATO civilian – civilista státu mimo NATO;
 - E Detainee, POW – zadržený, válečný zajatec;
 - F Embedded Interpreter – přidělený tlumočnick;
 - G Civ Cav caused by FF – civilista zraněný spřátelenými silami;
 - H Child – dítě.

Pozn.: POW = Prisoner of WAR / válečný
zajatec

Civ Cav = Civilian Casualties /
Civilní raněný

FF = Friendly Force / Spřátelené
síly

- Line 9 – taktické zhodnocení situace a další informace (Tactical Considerations and Other Information) – uvádí se podrobnosti jakýchkoli změn taktické situace a další relevantní informace.

Po ukončení hlášení MEDEVAC 9-LINER se připraví hlášení MIST-AT.

12.2 Strukturované hlášení MIST-AT

Strukturované hlášení MIST-AT obsahuje následující informace:

- volací znak volané radiostanice a volající radiostanice (Call Sign To / From) a výstražné oznámení (Warning Order – MISTAT);
- identifikace zraněného prostřednictvím kódu (Casualty Identity – Zap) – identifikace zraněného se provádí pomocí přiděleného identifikačního kódu, neuvádí se jméno raněného;
- Line M – mechanismus a čas zranění (Mechanism and Time of Injury) – uvádí se čas a způsob, kterým došlo ke zranění (postřelení, výbuch, dopravní nehoda apod.);
- Line I – poranění nebo onemocnění (Injury or Illness Sustained) – uvádí se zranění

- nebo onemocnění, popis a umístění každého zranění; nejprve nejjzávažnější poranění;
- Line S – symptomy a vitální funkce v daném čase (Symptoms and Vital Signs):
 - C Catastrophic bleed – masivní krvácení (ano nebo ne, pokud ano uvést kde);
 - A Airway – dýchací cesty (průchodné, obstrukce, popálené, zajištěné);
 - B Breathing Rate – dechová frekvence (počet dechů za minutu);
 - C Pulse Rate – puls (puls na karotidě nebo radiální za 15 sekund násobený 4x);
 - D Consciousness – bezvědomí (AVPU);
 - E Other signs – další příznaky (jakékoli další významné informace o stavu pacienta, musí být pravidelně kontrolovány a předávány zdravotnickému týmu).
 - Line T – poskytnuté ošetření (Treatment Given) – uvádí se poskytnuté ošetření, čas podání morfinu, čas uvedený na turniketě, podané tekutiny, hemostáza;
 - Line A – Věk zraněného (Age of Casualty);
 - Line T – Čas poranění (Time of Wounding).

ČOS 650006
1. vydání
Změna 1

(VOLNÁ STRANA)

PŘÍLOHY

Příloha A
(normativní)

A Vzor dokumentu Karta TCCC

EVAC CATEGORY:	T1	T2	T3	T4
TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE (TCCC) CARD				
NAME (First, Last): _____				
DATE (Y:M:D): _____			TIME: _____	
UNIT: _____		BLOOD GROUP: _____		
Mechanism of Injury: (X all that apply)				
<input type="checkbox"/> Artillery <input type="checkbox"/> Burn <input type="checkbox"/> Fall <input type="checkbox"/> Grenade <input type="checkbox"/> GSW <input type="checkbox"/> IED <input type="checkbox"/> Landmine <input type="checkbox"/> MVC <input type="checkbox"/> RPG <input type="checkbox"/> Other: _____				
Injury: (Mark injures with an X)				
TQ: R Arm Type: _____ Time: _____		TQ: L Arm Type: _____ Time: _____		
TQ: R Leg Type: _____ Time: _____		TQ: L Leg Type: _____ Time: _____		
R L		L R		
Signs & Symptoms: (Fill in the blank)				
<i>Time</i>				
<i>Pulse (Rate)</i>				
<i>Palpable Periph. Pulse</i>	YES		NO	
<i>Blood Pressure</i>				
<i>Respiratory Rate</i>				
<i>CRT</i>				
<i>AVPU</i>				
<i>Pain Scale (0-10)</i>				
Name/Rank of First Responder _____				

OBRÁZEK A.1 – Karta TCCC – přední strana

Příloha A
(normativní)

Treatments: (X all that apply, and fill in the blank))

C: Extremity-TQ Junctional-TQ Pressure-Dressing
 Hemostatics-Dressing Type:

A: Intact NPA CRIC ET-Tube SGA Type:

B: O2 Needle-D Chest-Tube Chest-Seal Type:

C:

	<i>Name</i>	<i>Volume</i>	<i>Route</i>	<i>Time</i>
Fluid				

MEDS:

	<i>Name</i>	<i>Dose</i>	<i>Route</i>	<i>Time</i>
Analgesic (e.g. Ketamine, Fentanyl, Morphine)				
Other				

Other:

Combat-Pill-Pack Eye Shield (R L) Splint
 Hypothermia-Prevention Type:

NOTES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date: **Time:**

OBRÁZEK A.2 – Karta TCCC – zadní strana

Příloha B
(normativní)

B Vzor dokumentu Odsunová karta

EVACUATION CARD				
Date:	Time:	No.		
EVAC CATEGORY:	1	2	3	
By:	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
Position:	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
NAME (First, Last)				
Sex:	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	ID #: _____ DOB: _____	
UNIT:		Nationality: _____		
Blood Group: _____		Allergies: _____		
DG: _____				
LEGEND				
	FRACTURE	 R L		
	NON-PENETR. INJURY			
	PENETR. INJURY			
	HEMORRHAGE			
	BURNED AREA			
	AMPUTATION			
IV	<input type="checkbox"/>	 L R		
IO	<input type="checkbox"/>			
ART	<input type="checkbox"/>			
TQ	R Arm <input type="checkbox"/>			L Arm <input type="checkbox"/>
	R Leg <input type="checkbox"/>			L Leg <input type="checkbox"/>
Immob.	<input type="checkbox"/>			
Burn	Superficial <input type="checkbox"/>	%		
	Deep <input type="checkbox"/>			
	TBSA			
Drain	<input type="checkbox"/>	SUMMARY: _____		
Health Status Change YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
NOTES: _____				
Destination MTF _____				
Med. Documentation _____				
Other (baggage, valuable) _____				

OBRÁZEK B.1 – Odsunová karta – přední strana

Příloha B
(normativní)

Name:			Date:		
1. Fluid Name /Volume/Route 2. 3. 4. 5. 6.	O ₂ Sat RR EtCO ₂	Time	160		
			140		
			42°		
			120		
			40°		
			100		
			38°		
			80		
			36°		
			60		
			34°		
			AVPU		
			GCS		
			Output:		
			MEDS/Dose/Route/Time		
MD:	Nurse:				

OBRÁZEK B.2 – Odsunová karta – zadní strana

Příloha C
(normativní)

C Vzor dokumentu Polní zdravotnická karta

Medical in Confidence					
NATO FIELD MEDICAL CARD, Role 1 / Polní zdravotnická karta, Role 1					
Injury Date/Time/ datum/čas poranění	NAME (First, Last) /jméno a příj.	SEX/pohlaví M/m F/ž	DOB / datum narození	NATIONALITY/národnost	
				STATUS	
				Military	Civilian
RANK (NATO Code)/ hodnost	UNIT/jednotka	ID CARD # / č. ID karty	SERVICE # / služební č.		
BLOOD GROUP / KS	MEDICAL HISTORY - ALLERGIES / anamnéza - alergie				
INITIAL TREATMENT / prvotní ošetření					
DIAGNOSIS / diagnóza					
AVPU:	GSC:	Pupils/zornice R/p <input type="radio"/> L/l <input type="radio"/>	SPINE INJURY / zranění páteře	SHOCK/sok	
CLASS OF INJURY / třída poranění		TYPE OF INJURY / typ poranění		MECHANISM OF INJURY / mechanismus poranění	
BI		Blunt Penetrating Burn		GSW IED Fall MCV	
NBI		Other:		Other:	
LEGEND / Popis // FRACTURE / fraktura X NON-PENETR. INJ. zranění bez penetr. O PENETRATING INJURY / zranění s penetrací Δ HEMORRHAGE / krvácení M AMPUTATION amputace < BURNED AREA / popálenina					
BURN/popáleniny Superficial <input type="checkbox"/> Deep <input type="checkbox"/> TBSA _____ %		OXYGEN/kyslík <input type="checkbox"/> YES/Ano <input type="checkbox"/> NO/Ne			
VENTILATED/ ventilován <input type="checkbox"/> YES/Ano <input type="checkbox"/> NO/Ne		INTERVENTION / intervence C: <input type="checkbox"/> STOP BLEEDING zástava krvácení A: <input type="checkbox"/> CLEAR AIRWAY čisté dýchací cesty B: <input type="checkbox"/> INTUBATION intubace C: <input type="checkbox"/> ACCESS přístup <input type="checkbox"/> iv <input type="checkbox"/> io B: <input type="checkbox"/> SURG. AIRWAY chir.zabezpečení DC C: <input type="checkbox"/> PRESS. DRESSING tlakový obvaz C: <input type="checkbox"/> HEMOSTATIC hemostatikum			
DEATH		DATE:		TIME:	

OBRÁZEK C.1 – Polní zdravotnická karta – přední strana

Příloha C
(normativní)

RR / MIN - DF / min -	RATE	RATE	RATE
TIME / čas:	TIME	TIME	TIME
BP / TK ^	[Grid]		
PULSE/puls ●	[Grid]		
160 120 80 40			
100			
TIME / čas	... 15 30 45 15 30 45 15 30 45 ...
<input type="checkbox"/> I.V. TIME/čas _____	<input type="checkbox"/> R ARM /P. ruka	<input type="checkbox"/> L ARM /L. ruka	
<input type="checkbox"/> I.O. TIME/čas _____	<input type="checkbox"/> R LEG / P. noha	<input type="checkbox"/> L LEG / L. noha	
TREATMENT GIVEN / léčba	TIME / čas	DOSE/dávka	TIME / čas
ADDITIONAL COMMENTS / komentář			
[Large empty space for comments]			
EVAC. CATEGORY: evak. kategorie	1	2	3
BY: dopr. prostředek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSITION: poloha	<input type="checkbox"/> LAYING/ležící	<input type="checkbox"/> SITTING/sedící	<input type="checkbox"/> WALKING/chodící
BIOHAZARD YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	STRETCHER <input type="checkbox"/> nosítka	MATTRESS <input type="checkbox"/> matrace	SPINE BOARD <input type="checkbox"/> pátevní rám
Name/ Rank of MD /Signature jméno / hodnost lékaře /podpis			Date/Time datum/čas

OBRÁZEK C.2 – Polní zdravotnická karta – zadní strana

Příloha D
(normativní)

D Vzor dokumentu Zdravotnické hlášení

MEDICAL REPORT

MTF Name:		MTF Role:	Date (Y/M/D):
Type of Mission:		Name of Mission:	
Country:	Region:	City:	

First Name:		Last Name:	DOB:
Gender: M / F	Nationality:		ID #:
Occupation: <input type="checkbox"/> Military <input type="checkbox"/> Contractor <input type="checkbox"/> Civilian <input type="checkbox"/> Host Nation <input type="checkbox"/> Local civ. <input type="checkbox"/> Enemy <input type="checkbox"/> Other:			
Rank:	Service #:	Unit:	BG:

<input type="checkbox"/> Injury		<input type="checkbox"/> Non-injury:	
MTF Arrival Date:		Time:	Escort: <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Non-medical <input type="checkbox"/> Paramed.
Evac. by: <input type="checkbox"/> Air <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Navy		Priority: T1 T2 T3 T4	Position: <input type="checkbox"/> walking <input type="checkbox"/> sitting <input type="checkbox"/> lying
Initial Status: <input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Death		TQ: <input type="checkbox"/> Yes (R Arm L Arm R Leg L Leg) <input type="checkbox"/> No	Oxygen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Initial VS:	Resp. Rate: assisted: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		intubated: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No SaO ₂ : %
	BP /	Pulse: Location:	Temp: °C °F Pain Scale: /10
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U	GCS: Eye /4 Verbal /5 Motor /6	Total: /15
Date:	Sedated: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn		Paralytic Agents: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn CBRN: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn
Time:	IV	ART	IO Centr. L. Urin. catt. NG Pt. wt kg Pt. Ht cm
Initial Lab:	Hgb:	HCT:	PLT: INR: pH: PaO ₂ : PaCO ₂ : BE:
Medications:			
Total Time ED:		Transferred to: <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> Ward <input type="checkbox"/> Other:	

ADMISSION Date:		Time:	Admit. MD:	
Total #of Days in the MTF:		ICU:	Ward:	
Vent Date Start: / /		Time:	Vent Date Stop: / /	
DISCHARGE Date:		Time:	Discharge MD:	
Disch. VS:	Resp. Rate: assisted: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		intubated: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	SaO ₂ : %
	BP /	Pulse: quality:	Temp: °C °F	Pain Scale: /10
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U	GCS: Eye /4 Verbal /5 Motor /6	Total: /15	
Date:	Sedated: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn		IV / ART / IO / Centr.L / Urin.C / Pt. wt kg Pt. Ht cm	
Time:	IV	ART	IO	Centr.L / Urin.C / Pt. wt kg Pt. Ht cm
Disch. Lab:	Hgb:	HCT:	PLT: INR: pH: PaO ₂ : PaCO ₂ : BE:	
Medications:				
Diagnosis:				
Additional comments:				
Discharge Status: <input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Death		Death: Date: Time:		Cause of Death:
Transferred to: <input type="checkbox"/> RTD <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> MTF <input type="checkbox"/> Morgue <input type="checkbox"/> Other:				
Transferred by: <input type="checkbox"/> Air <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Navy		Priority: T1 T2 T3 T4	Position: <input type="checkbox"/> walking <input type="checkbox"/> sitting <input type="checkbox"/> lying	
Escort: <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Non-medical <input type="checkbox"/> Paramed.		Escort nationality:		

Date:	Time:	MD:	Signature:
-------	-------	-----	------------

OBRÁZEK D.1 – Zdravotnické hlášení – první strana

Příloha D
(normativní)

Name:		INJURY DETAILS		Date:	
Date /Time of Injury:		Class of Inj. BI / NBI		Conflict Related: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Manner/Intent: <input type="checkbox"/> Assault/Altercation <input type="checkbox"/> Self-Inflicted <input type="checkbox"/> Unintentional <input type="checkbox"/> Other:					
Type of Injury: <input type="checkbox"/> Blunt <input type="checkbox"/> Penetrating <input type="checkbox"/> Thermal <input type="checkbox"/> Other:					
Burn: <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2dn <input type="checkbox"/> 3rd		TBSA: %		Inhalation Trauma: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not doc.	
Mechanism of Injury:					
<input type="checkbox"/> Aerial Bomb	<input type="checkbox"/> Burn	<input type="checkbox"/> Flying Debris	<input type="checkbox"/> Machinery/Equipment	<input type="checkbox"/> Plane Crash	
<input type="checkbox"/> Altercation/Fight	<input type="checkbox"/> Chemical	<input type="checkbox"/> Hand Grenade	<input type="checkbox"/> Mine/Landmine	<input type="checkbox"/> Radiological	
<input type="checkbox"/> Animal Bite/Mauling	<input type="checkbox"/> Crash	<input type="checkbox"/> Helo Crash	<input type="checkbox"/> Mortar/Rocket/Artil.Shell	<input type="checkbox"/> RPG	
<input type="checkbox"/> Asphyxia/Suffocation	<input type="checkbox"/> Cut/Pierce	<input type="checkbox"/> Hot Object/Substance	<input type="checkbox"/> Multi-Frag	<input type="checkbox"/> Sports	
<input type="checkbox"/> Biological	<input type="checkbox"/> Electrical	<input type="checkbox"/> IED - Personal Borne	<input type="checkbox"/> MVC	<input type="checkbox"/> Submersion	
<input type="checkbox"/> Blunt Object	<input type="checkbox"/> Explosive	<input type="checkbox"/> IED - Vehicle Borne	<input type="checkbox"/> Nuclear	<input type="checkbox"/> UXO	
<input type="checkbox"/> Building Collapse	<input type="checkbox"/> Fall	<input type="checkbox"/> Inhalation Injury	<input type="checkbox"/> Other (Specify):	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Bullet/GSW/Firearm	<input type="checkbox"/> Fire/Flame	<input type="checkbox"/> Knife/Other sharp object	<input type="checkbox"/>		
Injury Narrative:					
Pre-Hospital Data / Patient Condition:					
Active Bleeding: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not docum.			Airway Obstruction: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not docum.		
Spontaneous Breathing: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not docum.			Unconscious: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not docum.		
Facial Trauma Deformity: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not docum.			Womitting: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not docum.		
PH VS: <input type="checkbox"/> POI <input type="checkbox"/> Role 1 <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Not documented <input type="checkbox"/> Unknown			Date:		Time:
RR:	BP:	Temp: <input type="checkbox"/> °C <input type="checkbox"/> °F	Pupil: Equal <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		R <input type="radio"/> L <input type="radio"/>
Pulse:	Palpable periph. pulse: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not docum.		CRT:	SaO₂: %	
A V P U:	GCS: Eye /4 Verbal /5 Motor /6 Total: /15		Triage cat: T1 T2 T3 T4		
Notes:					
Forward Evacuation Interventions					
<input type="checkbox"/> Airway protective equipment: ET Tube / Surgical access / O ₂ Mask / Other:			No intervention / Not docum. / Unknown		
<input type="checkbox"/> Central Line	<input type="checkbox"/> Hemostatic-Field dress.	<input type="checkbox"/> Pain control: _____		Medications:	
<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/> HPMK	<input type="checkbox"/> Peripheral IV			
<input type="checkbox"/> Cricothyrotomy	<input type="checkbox"/> Interosseous	<input type="checkbox"/> Pericardiocentesis			
<input type="checkbox"/> ED Thoracotomy	<input type="checkbox"/> Intubated	<input type="checkbox"/> Tourniquet			
<input type="checkbox"/> C-spine immobil.	<input type="checkbox"/> Needle Decomp.	<input type="checkbox"/> Unkn/Not Applicable		Fluids:	
<input type="checkbox"/> Eye Shield	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Venous Cutdown			
<input type="checkbox"/> Hemostatic: _____	<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Warm Fluids			
<input type="checkbox"/> Hemostatic-Direct pres.	<input type="checkbox"/> Oxygen	<input type="checkbox"/> Wound dress. applied			
Additional comments:					
Vehicle Details					
<input type="checkbox"/> Driver	<input type="checkbox"/> Passanger	Front Seat	Back-left	Back-right	<input type="checkbox"/> Gunn.Tur. <input type="checkbox"/> Seat Belt <input type="checkbox"/> Trapped duration:
PPE Details					
Body armor worn: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not documented			Helmet worn: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not docum.		
Eye protection worn: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not documented			CBRN PPE worn: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not docum.		
Ear protection worn: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unkn <input type="checkbox"/> Not documented			PPE Comment:		
Notes:					

OBRÁZEK D.2 – Zdravotnické hlášení – druhá strana

Příloha D
(normativní)

PROCEDURES (All procedures done at this MTF)				
ED:				
Procedures	Date	Start Time	Stop Time	Notes
Additional comments:				

OR:				
Procedures	Date	Start Time	Stop Time	Notes
Additional comments:				

Radiology:				
Procedures	Date	Start Time	Stop Time	Notes
Additional comments:				

OBRÁZEK D.3 – Zdravotnické hlášení – třetí strana

Příloha D
(normativní)

ICU/Ward				
Procedures	Date	Start Time	Stop Time	Notes
Additional comments:				

BLOOD (Units) / FLUIDS (CC's or ml's)							
	Crystalloids	Colloids	Whole Blood	PRBC	Platelets	Plasma	Cryo
1st 24 hrs							
Total for this MTF (include 1st 24 hrs)							
Additional comments:							

COMPLICATIONS

Additional Health Care (Medical Specialist, Psychology, Physiotherapist...)

Date:	Time:	MD:	Signature:
--------------	--------------	------------	-------------------

OBRÁZEK D.4 – Zdravotnické hlášení – čtvrtá strana

Příloha E
(normativní)

Vzor dokumentu
Žádost o zdravotnický odsun

MEDICAL EVACUATION REQUEST (MEDEVAC 9-LINER)			
PREFIX	DESCRIPTION/NOTES		MESSAGE CONTENT
<i>Řádek</i>	<i>Popis/poznámka</i>		<i>Obsah zprávy</i>
1	Call Sign To / From <i>Volací znak volané RDST a volající RDST</i>		_____ This is _____
	Warning Order <i>Výstražné oznámení</i>		MEDEVAC
2	Location <i>Lokalizace</i>		
	Grid of Pick-Up Zone <i>Souřadnice zóny vyzvednutí (Grid)</i>		
3	Number of Patients / Priority <i>Počet pacientů / Priorita</i>		P1 = P2 = P3 =
	PRIORITY1. (P1) Urgent. To be hospitalised within 60 minutes <i>P1 - nutnost ošetření ve zdravotnickém zařízení do 60 minut</i>	PRIORITY2. (P2) To be hospitalised within 4 hours <i>P2 - nutnost ošetření ve zdravotnickém zařízení do 4 hodin</i>	PRIORITY3. (P3) To be hospitalised within 24 hours (R2/R3) <i>P3 - nutnost ošetření ve zdravotnickém zařízení do 24 hod</i>
4	Special Equipment Required <i>Vyžadované speciální vybavení</i>		
	None, hoist, ventilator, extraction device. <i>Žádné, naviják, dýchací přístroj, vyprošťovací prostředek.</i>		
5	Patients/Type <i>Počet pacientů / typ</i>		S = _____ E = _____ W = _____ O = _____
	S (Stretcher) <i>Nosítka</i>	W (Walking) <i>Chodící samostatně</i>	E (Escort) <i>Doprovod</i>
6	Security at Pick-up Zone <i>Bezpečnost v zóně vyzvednutí</i>		
	N (No enemy) <i>Bez protivníka</i>	P (Possible enemy) <i>Možná přítomnost protivníka</i>	
7	Pick-up Zone Marking Method <i>Způsob označení místa vyzvednutí</i>		
	How is the pick-up zone marked smoke including colour, light, including colour, etc <i>Označení přistávací plochy - kouřem nebo osvětlením včetně barvy, atd.</i>		
8	Patients by Nationality / Status <i>Státní příslušnost pacientů / status</i>		
	A NATO military / NATO voják = C Non NATO military / Voják státu mimo NATO = E Detainee, POW / Zadržený, válečný zajatec = G Civ Cav caused by FF / Civilista zraněný FF = NOTE POW = Prisoner of WAR / válečný zajatec Civ Cav = Civilian Casualties / Civilní raněný	B NATO civilian / NATO civilista = D Non NATO civilian / Civilista státu mimo NATO = F Embedded Interpreter / Přidělený tlumočnick = H Child / Dítě = FF = Friendly Force / Spřátelené síly	
9	Tactical Considerations and Other Information <i>Taktické zhodnocení a další informace</i>		
	Give details of any changes to the tactical situation and any other relevant information <i>Uvedte podrobnosti jakýchkoli změn taktické situace a další relevantní informace</i>		

OBRÁZEK E – Žádost o zdravotnický odsun

Vzor dokumentu

Mechanismus zranění symptomy ošetření

MECHANISM INJURY SYMPTOMS TREATMENT (MIST-AT)			
PREFIX <i>Řádek</i>	DESCRIPTION/NOTES <i>Popis/poznámka</i>	MESSAGE CONTENT <i>Obsah zprávy</i>	
	Call Sign To / From <i>Volací znak volané RDST a volající RDST</i>	_____ This is _____	
	Warning Order <i>Výstražné oznámení</i>	MISTAT	
	Casualty Identity (Zap): <i>Identifikace zraněného (Kód)</i> DO NOT SEND IN CLEAR. <i>Neodesílejte bez použití kódu</i>		
M	Mechanism and Time of Injury <i>Mechanismus a čas zranění</i> How did the casualty get injured? gunshot, wound, explosion, vehicle accident, etc. <i>Jak došlo ke zranění? Postřelení, úraz, výbuch, dopravní nehoda, atd.</i>		
	Injury or Illness Sustained <i>Utrpěné poranění nebo onemocnění</i> What are the injuries or illness sustained? Describe the nature and location of each injury, if possible starting with the most severe <i>Jaká jsou zranění nebo onemocnění? Popište charakter a místo každého zranění, začněte pokud možno nejzávažnějším</i>		
S	Symptoms and Vital Signs <i>Symptomy a vitální funkce</i>	Time _____	Time _____
	C - Catastrophic bleed / <i>Katastrofální krvácení</i>	C _____	C _____
	A - Airway / <i>Dýchací cesty</i>	A _____	A _____
	B - Breathing Rate / <i>Dechová frekvence</i>	B _____	B _____
	C - Pulse Rate / <i>Puls</i>	C _____	C _____
	D - Consciousness / <i>B e z v ě d o m í</i>	D _____	D _____
	E - Other signs / <i>Další příznaky</i>	E _____	E _____
T	Treatment Given <i>Poskytnuté ošetření</i> Describe the treatment given. GIVE TIME Morphine administered as written on the Casualty Tourniquet Fluids, Haemostasis <i>Popiš poskytnuté ošetření, UVEĎ ČAS podání morfinu, čas uvedený na turniketě, tekutiny, hemostáza</i>		
	Age of Casualty / <i>Věk zraněného</i>		
T	Time of Wounding / <i>Čas zranění</i>		

OBRÁZEK F – Mechanismus zranění symptomy ošetření

Účinnost českého obranného standardu od: **8. prosince. 2015**

Změna číslo	Účinnost od	Změnu zapracoval	Datum zapracování	Poznámka
1	4. 1. 2019	Odbor obranné standardizace	2. 1. 2019	

U p o z o r n ě n í : Oznámení o českých obranných standardech jsou uveřejňována měsíčně ve Věstníku Úřadu pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví v oddíle „Ostatní oznámení“ a Věstníku MO.

V případě zjištění nesrovnalostí v textu tohoto ČOS zasílejte připomínky na adresu distributora.

Rok vydání: 2018, obsahuje 16 listů
Tisk: Ministerstvo obrany ČR
Distribuce: Odbor obranné standardizace Úř OSK SOJ, nám. Svobody 471, 160 01 Praha 6
Vydal: Úřad pro obrannou standardizaci, katalogizaci a státní ověřování jakosti
www.oos.army.cz

NEPRODEJNÉ
