

Реєстр травм Міністерства оборони

Вступ

Доказова медицина дає можливість визначити оптимальні лікувальні підходи та вчасно сформулювати клінічні настанови. На жаль, з огляду на реалії бойової травми, часто своєчасний і скрупульозний збір інформації та інтерпретація результатів ускладнюються. Якість інформації про втрати дуже важлива для військових командирів, оскільки сприяє не лише оптимальному розміщенню, використанню та поповненню обмежених медичних ресурсів, але й швидкому визначенню нових напрямків щодо типу поранень, попередження та лікування. Якісна, точна та систематизована інформація про театр бойових дій є вкрай необхідною для вкорочення циклів покращення якості та результатів надання медичної допомоги.

Більше того, групування, оцінка та складання звітів щодо цієї інформації забезпечує швидкий зворотній зв'язок з особами, що надають медичну допомогу на всіх етапах евакуації в Об'єднаній системі травми (JTS). Застосування цих принципів на полі бою (якщо при цьому використовується набір сукупно затверджених елементів даних) як засобів покращення конкурентного функціонування в межах JTS стало одним із основних досягнень недавніх конфліктів у Афганістані та Іраку. Така ініціатива сприяла адаптації технології та підготовці спеціалістів до своєчасного виконання завдання та точного збору інформації про бойові пошкодження. Протокол документації випадку травми, що сприяє цьому процесу, має використовуватися в медичних записах (у випадках бойових та не бойових уражень) і повинен супроводжувати пораненого на всіх етапах надання медичної допомоги та евакуації.

Ситуаційна орієнтація

Револьюційні досягнення у веденні війни, зокрема переведення у цифровий формат поля бою із відображенням позицій союзників, даних розвідки та бойових дій, не застосовуються належним чином у системі надання медичної допомоги постраждалим. Їх впровадження вимагає від медичних організацій подавати в режимі online оновлені дані про статус та розміщення вбитих, поранених, хворих і психологічно травмованих бійців та цивільного населення, включаючи як випадки бойових втрат для підрозділу, так і випадки повернення до виконання обов'язків. Необхідність такої діяльності зростає з огляду на те, що орієнтація у медичній ситуації відіграє дедалі важливішу роль у процесі оцінки тактичного ризику. Командири повинні, щонайменше, мати змогу оцінити коефіцієнт летальності на полі бою (CFR; виводиться із співвідношення кількості померлих до кількості пора-

нених у бойових діях [WIA] із числа всіх залучених осіб; обрахунок включає також поранених [WIA], які повернулись до виконання обов'язків [RTD]), відсоток осіб, що загинули в бою (KIA; померли до надання медичної допомоги/поранені військові), та відсоток осіб, що загинули від поранень (DOW; померли після надання медичної допомоги/поранені військові), щоб спрогнозувати ризик, пов'язаний із військовою операцією, та здатність медичної служби контролювати смертність.

$$CFR = (KIA + DOW)/(KIA + WIA) \times 100$$

$$\%KIA = (\text{Померли до MTF})/(KIA + (WIA - RTD)) \times 100$$

$$\%DOW = (\text{Померли після MTF})/(WIA - RTD) \times 100$$

де MTF — це засоби медичної допомоги або будь-які фіксовані медичні заклади, що можуть надавати допомогу.

Розподіл поранень за типом і ураженням певних анатомічних ділянок (наприклад, обличчя, голова та шия, грудна клітка, живіт, таз, верхні та нижні кінцівки, шкіра) дає змогу аналізувати їх структуру і тяжкість та може використовуватись для розробки профілактичних заходів, а також медичних втручань, що допоможе зменшити кількість пошкоджень, захворюваність і смертність.

Інші практичні аспекти

Інформація про типи поранень, їх причини та необхідні медичні процедури має потенційне значення для розробки прогностичних моделей розвитку та розміщення медичних сил, логістики систем постачання та наукових досліджень, спрямованих на підвищення ефективності медичних та хірургічних втручань, і розробки заходів профілактики. Досягнення медицини та хірургії, здобуті на полі бою, не можуть використовуватись обмежено лише поодинокими інноваторами, які володіють особистими електронними таблицями для документації. Окремі установи, що надають медичну допомогу, мають великі архіви клінічних даних та спостережень. Створення реєстру травми міністерства оборони (DoDRT) стало організованою та узгодженою спробою покращити збір інформації, яка об'єднується в реєстр і дає можливість краще розуміти не лише ефективність заходів профілактики та надання медичної допомоги пораненим, але й обсяг пошкоджень, захворюваність та смертність у популяції.

Мінімальний обсяг необхідної інформації

Окрім документації звичного змісту виконаної процедури (наприклад, хто проводив, кому, чому, план), стандартні компоненти інформації реєстру травми є дуже корисними (наприклад, демографічні дані, обставини та механізми ураження, тяжкість ураження, догоспітальний моніторинг та допомога, госпітальний моніторинг та допомога, результат, учасники, пряме

оцінювання порівняно зі стандартами). Рисунок А3-1 є прикладом форми, що слугує як медичним записом випадку травми, так і первинною документацією для збору інформації. Мінімальний обсяг необхідних елементів у

ЗАПИС РЕАНІМАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ Частина I. Схема дій медичної сестри							
1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ХВОРОГО							
1.1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО КОМАНДУ ТРАВМИ		1.4. ШЛЯХ ПРИБУТТЯ		1.6. КЛАСИФІКАЦІЯ УШКОДЖЕНЬ			
Відділення _____ Час звернення _____ Час прибуття _____ Особа _____ Лікар невідкладної допомоги _____ Хірург травматолог _____ Пульмонологія _____ Анестезіологія _____ Лабораторія/ Банк крові _____ Радіологія _____ Фармація _____ Консультація (н-д. ортопед) _____		<input type="checkbox"/> Пішки/на ношах <input type="checkbox"/> Евакуація поранених, повітря <input type="checkbox"/> Евакуація поранених, земля <input type="checkbox"/> Медевакуація, повітря Місія № _____ <input type="checkbox"/> Медевакуація, земля Місія № _____ <input type="checkbox"/> ССАТ _____ <input type="checkbox"/> Евакуація морем _____ <input type="checkbox"/> Аеромедична _____ <input type="checkbox"/> Інше _____		<input type="checkbox"/> Бойові <input type="checkbox"/> Не бойові <input type="checkbox"/> Не відомі 1.7. КАТЕГОРІЯ СОРТУВАННЯ <input type="checkbox"/> негайно <input type="checkbox"/> в другу чергу <input type="checkbox"/> в третю чергу <input type="checkbox"/> палативна допо-га 1.8. ВИЯВЛЕНІ ЦІННОСТІ <input type="checkbox"/> жодних <input type="checkbox"/> передані хворому <input type="checkbox"/> залишені на зберігання РАД Час _____			
1.9. КАТЕГОРІЯ ХВОРОГО		1.10. ПРИЧИНА УШКОДЖЕННЯ					
<input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> USAF <input type="checkbox"/> USMC <input type="checkbox"/> USN <input type="checkbox"/> USCG <input type="checkbox"/> USPHS <input type="checkbox"/> Цивільний місцевий <input type="checkbox"/> Цивільний інший <input type="checkbox"/> Контрактник <input type="checkbox"/> Військовополонений <input type="checkbox"/> Коаліція НАТО <input type="checkbox"/> Не коаліція НАТО <input type="checkbox"/> Інше _____		<input type="checkbox"/> Руїнування <input type="checkbox"/> Куля/вогнепальне ураження <input type="checkbox"/> Опік <input type="checkbox"/> EFP <input type="checkbox"/> Падіння <input type="checkbox"/> Вгонь <input type="checkbox"/> IED <input type="checkbox"/> Інгалційне пошкодження <input type="checkbox"/> Міна <input type="checkbox"/> Артобстріл <input type="checkbox"/> Multi-Flag <input type="checkbox"/> MCV <input type="checkbox"/> Спорт <input type="checkbox"/> UXO <input type="checkbox"/> Інше _____					
1.2. ПРИБУТТЯ		1.3. ЕВАКУЙОВАНИЙ З					
Дата _____ Час прибуття _____ Час ураження _____ Дата ураження _____ Транспортування в кв. _____		<input type="checkbox"/> 1-ий контакт <input type="checkbox"/> Реанімаційна команда <input type="checkbox"/> Польовий госпіталь Розміщення _____					
1.5. ТИП УШКОДЖЕННЯ							
<input type="checkbox"/> тула травма <input type="checkbox"/> опік <input type="checkbox"/> проникаюча травма							
2. ДОПОМОГА НАДАНА ДО ПОСТУПЛЕННЯ (ДОГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП)							
2.1. ДОГОСПІТАЛЬНИЙ ДЖГТ		2.2. ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯНОСТІ		2.3. ЗАХОДИ КОНТРОЛЮ КРОВОТЕЧІ			
Верхні кінцівки: Тип: <input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> SOFFT <input type="checkbox"/> Інше _____ Час накладання зняття _____ <input type="checkbox"/> П <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Скільки? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 Ефективність <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Л <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Скільки? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 Ефективність <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		Нижні кінцівки: Тип: <input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> SOFFT <input type="checkbox"/> Інше _____ Час накладання зняття _____ <input type="checkbox"/> П <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Скільки? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 Ефективність <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Л <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Скільки? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 Ефективність <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		GCS Очі _____ /4 Вербальний _____ /5 Руховий _____ /6 Разом _____ /15 Т _____ Пульс _____ RR _____ BP _____ /_____ O ₂ Sat _____		<input type="checkbox"/> Celox <input type="checkbox"/> ChitoFlex <input type="checkbox"/> Військова марля <input type="checkbox"/> Пряме притискання <input type="checkbox"/> Накладання пов'язки <input type="checkbox"/> HemStop <input type="checkbox"/> QuikClot <input type="checkbox"/> Жодного <input type="checkbox"/> Не відомий <input type="checkbox"/> Інший _____	
2.4. ЗАХОДИ ЗІГРІВАННЯ		2.5. МЕДИКАМЕНТИ		2.6. МАНІПУЛЯЦІЇ			
<input type="checkbox"/> Ковдра <input type="checkbox"/> Спальний мішок <input type="checkbox"/> НРМК <input type="checkbox"/> Термальна ковдра <input type="checkbox"/> Інше _____		<input type="checkbox"/> Ковдра <input type="checkbox"/> Спальний мішок <input type="checkbox"/> НРМК <input type="checkbox"/> Термальна ковдра <input type="checkbox"/> Інше _____		Дихальні шляхи <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Інтубація <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Крикотомія <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Трахеотомія <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Балюва декомпресія <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Імобілізація С-відділу <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Тазовий бандаж <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Внутрішньокінцівкові інфузії <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Зхист очей OS <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Реанімація до поступлення <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
3. ПЕРВИННИЙ ОГЛЯД							
3.1. ЖИТТЄВО ВАЖЛИВІ ДАНІ		3.3. ЗАХОДИ КОНТРОЛЮ ГІПО-ГІПЕРТЕРМІЇ		3.5. ДИХАННЯ			
Пульс _____ RR _____ BP _____ /_____ O ₂ Sat _____ Шкала болю (0-10) _____		Температ на час прибуття _____ F <input type="checkbox"/> C Час _____ Дата _____ Вимірювання _____ <input type="checkbox"/> Орально <input type="checkbox"/> Аксилярно <input type="checkbox"/> Ректально Заходи контролю температури тіла _____ <input type="checkbox"/> Ваг Hugger <input type="checkbox"/> Зігрівачова ковдра <input type="checkbox"/> Зігрівачова ванна <input type="checkbox"/> Охолоджуюча ковдра <input type="checkbox"/> Інше _____		<input type="checkbox"/> Вільне Дихальні шуми: <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л <input type="checkbox"/> Утруднене Ясний легневий <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л <input type="checkbox"/> Випинання Вологі хрипи <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л <input type="checkbox"/> Втягування Сухі хрипи <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л <input type="checkbox"/> Немас Немас <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л Симетричність грудної клітки <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л <input type="checkbox"/> С <input type="checkbox"/> Ліва > <input type="checkbox"/> Права > <input type="checkbox"/> Медіанна Патологічна рухомість <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л <input type="checkbox"/> Відхилена Трахея _____			
3.2. ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ		3.4. РЕАНІМАЦІЙНІ ЗАХОДИ У ВИПДІЛЕНІ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ		3.6. КРОВОБІГ			
<input type="checkbox"/> Прохідні <input type="checkbox"/> Стридор <input type="checkbox"/> Слинотеча <input type="checkbox"/> Заблоковані <input type="checkbox"/> Оро-/назальний зомб <input type="checkbox"/> BVM <input type="checkbox"/> Інтубовані <input type="checkbox"/> Трубка Combi <input type="checkbox"/> Інше _____		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Час початку _____ Час закінчення _____		Шкіра: <input type="checkbox"/> Тепла <input type="checkbox"/> Холодна <input type="checkbox"/> В'яча <input type="checkbox"/> Рохва <input type="checkbox"/> Волога <input type="checkbox"/> Цианотична <input type="checkbox"/> Суха <input type="checkbox"/> Бліда <input type="checkbox"/> Вкрита потом Тони серця <input type="checkbox"/> Чісті <input type="checkbox"/> Приглушені Відновлення кровоплину в капілярах: <input type="checkbox"/> < 2 секунд (номально) <input type="checkbox"/> > 2 секунд (здвожений)			
3.7. НЕВРОЛОГІЧНИЙ ДЕФІЦИТ		GCS					
<input type="checkbox"/> Притомний, виконує команди <input type="checkbox"/> Відповідає на вербальні подразники <input type="checkbox"/> Відповідає на больові подразники <input type="checkbox"/> Не відповідає на больові подразники		Очі _____ /4 Вербальний _____ /5 Руховий _____ /6 Разом _____ /15		Колір за педатричною лінійкою Броулоу _____			
ІДЕНТИФІКАЦІЯ ХВОРОГО							
ID/SSN хворого _____		Прізвище _____		Ім'я _____			
BRN _____		Історія хвороби № _____		Дата народження _____			
Назва закладу _____		Розташування закладу _____		MOS/AFSC/NEC _____			
Розгорнутий/призначений підрозділ _____		Медсестра _____		Підпис медсестри _____			

ЗАПИС РЕАНІМАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ
Частина I. Схема дій медичної сестри

4. ОГЛЯД ЗА СИСТЕМАМИ (ВТОРИННИЙ ОГЛЯД).

4.1. ГОЛОВА/ШИЯ/ЛОП ОРГАНИ

Виділення:

із носа (копір) _____

із вуха (копір) _____

Ушкодження зубів Так Ні

Цереброспінальна рідина (тест Halo)

+ / -

Набухання яремних вен Так Ні

Так Ні

Реакція зиньць:

Права Так Ні Ліва Так Ні

Збережена Збережена

Сповільнена Сповільнена

Немає Немає

4.2. СЕРЦЕ/ГРУДНА КЛІТКА

Ритм

Синусовий

Тахі-/брадикардія

Шлуночкова фібриляція/тахикардія

Електрична активність без пульсу

Асистолія

Інше _____

Пульс:

П – повний С – слабкий

Д – доплер В – відсутній

Артерія: Каротидна _____ П _____ Л _____

Стенова _____ П _____ Л _____

Брахіальна _____ П _____ Л _____

Радіальна _____ П _____ Л _____

Тильна стоги _____ П _____ Л _____

4.3. ЖИВІТ/СЕЧОСТАТЕВА

Відкрита рана

Звичайний

Ожиріння

Здутий

Болючий

Не болючий

Симтом подразнення очеревини

Захисна фіксація

Ригідний

Не можна обстежити

Тазова шина: Так Ні

Кров в анальному отворі/вагіні: Так Ні

JaFAST:

+ Описати _____

- _____

Невизначений

Останнє вживання їжі _____

4.4. КІНЦІВКИ

Деформації:	Наявність пульсу:	Моторна функція:	Сенсорна функція:
<input type="checkbox"/> Права рука _____	<input type="checkbox"/> Права рука _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/> Ліва рука _____	<input type="checkbox"/> Ліва рука _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/> Права нога _____	<input type="checkbox"/> Права нога _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/> Ліва нога _____	<input type="checkbox"/> Ліва нога _____	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

Наявність пульсу: вказати П – повний, С – слабкий, Д – доплер, В – відсутній.

4.5. АЛЕРГОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ

Не відомий Алергії на ліки немає Інше _____

4.6. МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ

Не відомо Протиприцева вакцина, дата _____

Не проводилось

Призначені ліки (вказати препарат, дозу, шлях введення)

4.7. ПРОЦЕДУРИ

Тип процедури	Час	Розмір/Тип	Локалізація	Провів	Результати
Лікування O ₂ _____ л/хв	Початок _____	<input type="checkbox"/> Носова канюля <input type="checkbox"/> Оральний повітровід			
	Закінчення _____	<input type="checkbox"/> Маска <input type="checkbox"/> Назальний повітровід			
		<input type="checkbox"/> Маска с клапаном			
Ендогравельна (ЕТ) інтубація (вказати додаткові зміни у коментаріях)	Час _____	Зуби _____ см	<input type="checkbox"/> Назальна <input type="checkbox"/> Оральна		<input type="checkbox"/> ЕТ зміни CO ₂ <input type="checkbox"/> BBS після інтубації
Накладений С-комірць	Час _____	С-комірць знятий, час: _____			
Плевральний дренаж №1	Час _____		<input type="checkbox"/> Л <input type="checkbox"/> П		<input type="checkbox"/> Повітря Кров (мл) _____
Плевральний дренаж №2	Час _____		<input type="checkbox"/> Л <input type="checkbox"/> П		<input type="checkbox"/> Повітря Кров (мл) _____
Голова декомпресія	Час _____		<input type="checkbox"/> Л <input type="checkbox"/> П		<input type="checkbox"/> Повітря Кров (мл) _____
Торакотомія	Час _____		<input type="checkbox"/> Л <input type="checkbox"/> П		
Джгут	Час _____	Тип _____		Місце _____	
Захист очей	Час _____		<input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> Обидва		
Артеріальний доступ	Час _____		<input type="checkbox"/> Л <input type="checkbox"/> П		
Шлунковий зонд	Час _____		<input type="checkbox"/> Оральна <input type="checkbox"/> Назальна		Верифіковано <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Відсмоктування <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Сечовий катетер	Час _____	Кількість _____ Копір _____ Розмір (за Фолеєм) _____	<input type="checkbox"/> Отвір _____ <input type="checkbox"/> Надлобковий		Немає Дір <input type="checkbox"/> - / <input type="checkbox"/> + Результат _____ мл
Інші процедури	Час _____	Опис _____			
Інші процедури	Час _____	Опис _____			

Заходи контролю кровотечі

SeioX Військова марля Накладання пов'язки QuikClot Невідомий

ChitoFlex Пряме притискання HemCon Жодного Інший _____

ІДЕНТИФІКАЦІЯ ХВОРОГО

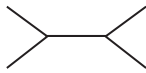
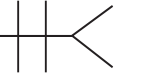
Прізвище _____ Ім'я _____ Мі _____ ID/SSN хворого _____

BRN _____ Розташування закладу _____ Медсестра _____ Підпис медсестри _____

ЗАПИС РЕАНІМАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ																																																																																																													
Частина I. Схема дій медичної сестри																																																																																																													
4. ОГЛЯД ЗА СИСТЕМАМИ (ВТОРИННИЙ ОГЛЯД). ПРОДОВЖЕННЯ																																																																																																													
4.8. ІНТУБАЦІЯ МЕХАНІЧНА/ВЕНТИЛЯЦІЯ Час _____ Тип _____ FIO ₂ _____ Швидкість _____ РЕЕР _____ TV _____		4.9. ABGS/VBGs <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Час</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">FIO₂</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">pH</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">pCO₂</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">pO₂</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">BE</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">HCO₃</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SAT</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ABG або <input type="checkbox"/> VBG</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ABG або <input type="checkbox"/> VBG</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ABG або <input type="checkbox"/> VBG</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ABG або <input type="checkbox"/> VBG</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									Час	FIO ₂	pH	pCO ₂	pO ₂	BE	HCO ₃	SAT	<input type="checkbox"/> ABG або <input type="checkbox"/> VBG									<input type="checkbox"/> ABG або <input type="checkbox"/> VBG									<input type="checkbox"/> ABG або <input type="checkbox"/> VBG									<input type="checkbox"/> ABG або <input type="checkbox"/> VBG																																																															
	Час	FIO ₂	pH	pCO ₂	pO ₂	BE	HCO ₃	SAT																																																																																																					
<input type="checkbox"/> ABG або <input type="checkbox"/> VBG																																																																																																													
<input type="checkbox"/> ABG або <input type="checkbox"/> VBG																																																																																																													
<input type="checkbox"/> ABG або <input type="checkbox"/> VBG																																																																																																													
<input type="checkbox"/> ABG або <input type="checkbox"/> VBG																																																																																																													
4.10. ДОВЕННИЙ ДОСТУПА ІНФУЗІЇ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Час</th> <th>Швидкість</th> <th>Катетер</th> <th>Місце</th> <th>Розчини для інфузії</th> <th>Кількість</th> <th>Передито</th> <th>Причино</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Загальний об'єм інфузії _____					Час	Швидкість	Катетер	Місце	Розчини для інфузії	Кількість	Передито	Причино																																																									4.11. ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>№ флакону</th> <th>Тип</th> <th>Початок</th> <th>Кінець</th> <th>Об'єм</th> <th>Ініціали</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					№ флакону	Тип	Початок	Кінець	Об'єм	Ініціали																														
Час	Швидкість	Катетер	Місце	Розчини для інфузії	Кількість	Передито	Причино																																																																																																						
№ флакону	Тип	Початок	Кінець	Об'єм	Ініціали																																																																																																								
4.12. МЕДИКАМЕНТИ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Препарат</th> <th>Доза</th> <th>Шлях введення</th> <th>Час</th> <th>Ініціали</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				Препарат	Доза	Шлях введення	Час	Ініціали																										4.13. ЖИТТЄВО ВАЖЛИВІ ПОКАЗНИКИ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Час</th> <th>GCS</th> <th>BP</th> <th>P</th> <th>RR</th> <th>Темп</th> <th>СаO₂</th> <th>Шкала болю (0-10)</th> <th>Інше</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						Час	GCS	BP	P	RR	Темп	СаO ₂	Шкала болю (0-10)	Інше																																																													
Препарат	Доза	Шлях введення	Час	Ініціали																																																																																																									
Час	GCS	BP	P	RR	Темп	СаO ₂	Шкала болю (0-10)	Інше																																																																																																					
4.14. ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ Час _____ Дослідження _____ СВС _____ АВГ _____ VBG _____ Біохімічне _____ РТ/РТТ _____ TEG _____ N&H _____ INR _____ T&S _____ T&Sx _____ UA _____ HSG _____ Інше _____ Опишіть інше _____		4.15. КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ Тип _____ Час _____ <input type="checkbox"/> Голова <input type="checkbox"/> Шийний відділ <input type="checkbox"/> Грудна клітка <input type="checkbox"/> Живіт <input type="checkbox"/> Таз <input type="checkbox"/> Загальне сканування* *Виберіть загальне сканування лише тоді, коли всі зазначені вище є необхідним.		4.17. РОЗТАШУВАННЯ Дата _____ Евакуйований до _____ Час _____ Назва закладу _____ Поступлення _____ <input type="checkbox"/> Операційна <input type="checkbox"/> Реанімація <input type="checkbox"/> Інтенсивна терапія Повернення до виконання обов'язків (ПВО) _____ <input type="checkbox"/> Повністю <input type="checkbox"/> Казарми <input type="checkbox"/> Профіль <input type="checkbox"/> Підрозділ ПВО _____ Вид транспорту ПВО _____ <input type="checkbox"/> Пішки <input type="checkbox"/> Крісло-каталка Приоритетність евакуації _____ <input type="checkbox"/> Звичайна <input type="checkbox"/> Пріоритетна <input type="checkbox"/> Ургентна Засіб транспорту для евакуації _____ ПОВІТРЯМ: <input type="checkbox"/> Гелікоптер <input type="checkbox"/> MedTech <input type="checkbox"/> Реанімація <input type="checkbox"/> Літак <input type="checkbox"/> АЕ <input type="checkbox"/> ССАТТ ЗЕМЛЕЮ: <input type="checkbox"/> Медичний <input type="checkbox"/> Не медичний Вид транспорту для евакуації _____ <input type="checkbox"/> Йшов сам <input type="checkbox"/> Крісло-каталка <input type="checkbox"/> Ноші <input type="checkbox"/> Вакуумна дошка для фіксації хребта																																																																																																									
4.18. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СМЕРТЬ Час смерті _____ Примітки _____ Офіс ритуальної служби повідомлений? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Час доставки тіла в морг _____								4.19. КОМЕНТАРІ _____ _____ _____																																																																																																					
ІДЕНТИФІКАЦІЯ ХВОРОГО Прізвище _____ Ім'я _____ МІ _____ ID/SSN хворого _____ BRN _____ Розташування закладу _____ Медсестра _____ Підпис медсестри _____																																																																																																													

ЗАПИС РЕАНІМАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ
Частина II. Опитування та огляд лікарем

1. ІСТОРИЯ ХВОРОБИ ТА ОПИС УРАЖЕННЯ																									
1.1. ПРИБУТТЯ Дата _____ Час _____	1.2. КАТЕГОРІЯ СОРТУВАННЯ <input type="checkbox"/> Негайно <input type="checkbox"/> В другу чергу <input type="checkbox"/> В третю чергу <input type="checkbox"/> Паліативна допомога	1.4. ОПИС УШКОДЖЕННЯ Подрилина _____ п л л п Ампутація _____ Авульсія _____ Кровотеча _____ Олік % _____ Крениція _____ Деформація _____ Скальпування _____ Синиць _____ Перелом _____ Стороннє тіло _____ Вогнепальне поранення _____ Гематома _____ Рвана рана _____ Колота рана _____ Слід від ременів безпеки _____ Ножове поранення _____ Біль _____ Численні поранення _____		Наявність пульсу П – повний С – слабкий Д – доплер В – відсутній																					
1.3. ГОЛОВНІ СКАРГИ, АНАМНЕЗ ЗАХВОРИВАННЯ																									
1.5. АНАМНЕЗ ТА ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД Голова та шия		1.6. ДОПОЧАТКОВІ ПРОЦЕДУРИ/ДІАГНОСТИКА До/Початкові _____ До/Початкові _____ Час зняття _____ <input type="checkbox"/> Крікотомія <input type="checkbox"/> Комірць фіксації шийного відділу _____ <input type="checkbox"/> Монітор ІСР <input type="checkbox"/> Кантолізис/кантотомія <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л <input type="checkbox"/> Вентрикулостомія <input type="checkbox"/> Тимпанічні мембрани <input type="checkbox"/> Розрив <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л <input type="checkbox"/> Захист оней <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л <input type="checkbox"/> Кров <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л																							
Грудна клітка		Голова декомпресія <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л Перикардіальний FAST <input type="checkbox"/> - / <input type="checkbox"/> + Опишіть _____ Отримано <input type="checkbox"/> Повітря Кров (мл) _____ <input type="checkbox"/> Перикардіоцентез _____																							
Живіт/Спина та хребет		DPL <input type="checkbox"/> Кров: <input type="checkbox"/> - / <input type="checkbox"/> + Опишіть _____ Час перевертання пацієнта одним блоком _____ Огляд спини <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Зміни (описати) _____ Ректальне дослідження <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Слабкий/відсутній тонуус Кров: <input type="checkbox"/> - / <input type="checkbox"/> +																							
Таз: <input type="checkbox"/> Стабільний <input type="checkbox"/> Нестабільний <input type="checkbox"/> Шина		Простата _____ Гінекологічний огляд _____																							
Верхні кінцівки		<input type="checkbox"/> Закрита репозиція <input type="checkbox"/> Зовнішня фіксація <input type="checkbox"/> Джгут <input type="checkbox"/> п # _____ <input type="checkbox"/> Промивання рани <input type="checkbox"/> Шина <input type="checkbox"/> л # _____																							
Нижні кінцівки		<input type="checkbox"/> Закрита репозиція <input type="checkbox"/> Зовнішня фіксація <input type="checkbox"/> Джгут <input type="checkbox"/> п # _____ <input type="checkbox"/> Промивання рани <input type="checkbox"/> Шина <input type="checkbox"/> л # _____																							
Втручання до прибуття		<input type="checkbox"/> Седация <input type="checkbox"/> 3% розчин <input type="checkbox"/> Довенний доступ Локалізація _____ Місце _____ <input type="checkbox"/> Медикаментозний параліч <input type="checkbox"/> Маннітол <input type="checkbox"/> Ю Локалізація _____ Місце _____ <input type="checkbox"/> Протокол при судомх <input type="checkbox"/> Артеріальний доступ Локалізація _____ Місце _____																							
1.7. ЗНИЦЬ/ЗІР Реакція збережена <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л Бачить рухи рукою <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л Словильнена <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л Бачить світло <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л Не має <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л Не бачить світла <input type="checkbox"/> п <input type="checkbox"/> л Розмір Праве (мм) _____ Ліве (мм) _____		1.8. ОПІКИ <input type="checkbox"/> 1го <input type="checkbox"/> 2го <input type="checkbox"/> 3го % _____ > 20% використати схему допомоги при опіках		1.9. КІНЦІВКИ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Моторна</th> <th>Чутливість</th> <th>Об'єм рухів</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ВПК</td> <td>+ / -</td> <td>+ / -</td> <td>+ / -</td> </tr> <tr> <td>ВЛК</td> <td>+ / -</td> <td>+ / -</td> <td>+ / -</td> </tr> <tr> <td>НПК</td> <td>+ / -</td> <td>+ / -</td> <td>+ / -</td> </tr> <tr> <td>НЛК</td> <td>+ / -</td> <td>+ / -</td> <td>+ / -</td> </tr> </tbody> </table>			Моторна	Чутливість	Об'єм рухів	ВПК	+ / -	+ / -	+ / -	ВЛК	+ / -	+ / -	+ / -	НПК	+ / -	+ / -	+ / -	НЛК	+ / -	+ / -	+ / -
	Моторна	Чутливість	Об'єм рухів																						
ВПК	+ / -	+ / -	+ / -																						
ВЛК	+ / -	+ / -	+ / -																						
НПК	+ / -	+ / -	+ / -																						
НЛК	+ / -	+ / -	+ / -																						
ІДЕНТИФІКАЦІЯ ХВОРОГО																									
Прізвище _____		Ім'я _____		МІ _____ Звання _____																					
ID/SSN хворого _____		BRN _____		Історія хвороби № _____																					
Дата народження _____		Вік _____		Стать <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж																					
Назва закладу _____		Розташування закладу _____		Підпис лікаря _____																					

ЗАПИС РЕАНІМАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ Частина II. Опитування та огляд лікарем				
2. X – ПРОМЕНЕВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ				
2.1. ПРОВЕДЕНО КТ <input type="checkbox"/> Голова <input type="checkbox"/> Шийний відділ <input type="checkbox"/> Грудна клітка <input type="checkbox"/> Живіт/таз <input type="checkbox"/> Повне скан.* <small>*Вибирайте лише тоді, коли виділені всі вище вказані пункти</small>	2.2. РЕНТГЕН ЗРОБЛЕНО <input type="checkbox"/> Хребет <input type="checkbox"/> Кінцівки: <input type="checkbox"/> Шийний відділ <input type="checkbox"/> ВПК <input type="checkbox"/> Грудна клітка <input type="checkbox"/> ВЛК <input type="checkbox"/> Таз <input type="checkbox"/> НПК <input type="checkbox"/> НЛК Інше: _____ Інше: _____	2.3. ЗАПЛАНОВАНІ ДОСЛІДЖЕННЯ	2.4. РЕЗУЛЬТАТИ	2.5. КТ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ <input type="checkbox"/> Без патологічних змін <input type="checkbox"/> Зміни під час КТ Ураження виключено на підставі: <input type="checkbox"/> Огляд без змін, надійний пацієнт <input type="checkbox"/> Нормальна КТ, огляд без змін Ураження не виключено на підставі: <input type="checkbox"/> Змін неврологічного статусу <input type="checkbox"/> Аномальна візуалізація <input type="checkbox"/> Ненадійний хворий
3. ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ				
3.1. ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ 	3.2. БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ 	3.4. ФУНКЦІОНАЛЬНА ПРОБА ПЕЧІНКИ Амілаза _____ Білірубін _____ Лф _____ АсТ _____ ЛДГ _____ АлТ _____ Інші _____	3.5. АНАЛІЗ СЕЧІ Питома густина _____ НСГ _____ Мікроскопія _____ Бактерії _____ рН _____ Електроліти _____ Лейкоцити _____ Еритроцити _____	
3.3. ПЧ/МНВ/ПТЧ _____ / _____ / _____				
4. ВИСНОВОК				
5. ДІАГНОЗИ				
1.	4.			
2.	5.			
3.	6.			
6. ПЛАН				
6.1 План				
6.2. ТРИАДА ПОКАЗНИКІВ НА ЧАС ПРИБУТТЯ У ВІДДІЛЕННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ.				
Температура <96F/36C <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні МНВ > 1.4 <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Дефіцит основ > 5 <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			Свіжа цільна кров необхідна <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Контроль ураження необхідний <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
6.3. РОЗМІЩЕННЯ <input type="checkbox"/> Операційна <input type="checkbox"/> Реанімація <input type="checkbox"/> БІТ <input type="checkbox"/> Перевід Дата: _____ Час: _____				
7. КАТЕГОРІЯ DNB1/NB1				
<input type="checkbox"/> Спортивні ушкодження <input type="checkbox"/> Ушкодження робота/тренування <input type="checkbox"/> Хірургічне _____ <input type="checkbox"/> Ушкодження, MVC <input type="checkbox"/> Ушкодження, інше _____				
8. ПРИЧИНА СМЕРТІ				
8.1. АНАТОМІЧНА <input type="checkbox"/> Дихальні шляхи <input type="checkbox"/> Шия <input type="checkbox"/> Живіт <input type="checkbox"/> Кінцівки: <input type="checkbox"/> верхні / <input type="checkbox"/> нижні <input type="checkbox"/> Голова <input type="checkbox"/> Грудна клітка <input type="checkbox"/> Таз <input type="checkbox"/> Інше, описати _____			8.2. ФІЗІОЛОГІЧНА <input type="checkbox"/> Поліорганна недостатність <input type="checkbox"/> Сепсис <input type="checkbox"/> Загальне руйнування тіла <input type="checkbox"/> ЦНС <input type="checkbox"/> Кровотеча <input type="checkbox"/> Дихання <input type="checkbox"/> Інше, описати _____	
ІДЕНТИФІКАЦІЯ ХВОРОГО Прізвище _____ Ім'я _____ Мі _____ ID/SSN хворого _____				
BRN _____ Розташування закладу _____ Лікар _____ Підпис лікаря _____				

цій формі був погоджений сухопутними військами США, військово-повітряними та військово-морськими силами США; офіційні форми Міністерства оборони (DoD) розробляються. Інформація в реєстрі впорядковується, оцінюється і звітується Об'єднаною системою травми (JTS).

Рекомендовані методи та технології

Процес документації невідкладної травми може використовуватись як на підготовленому, так і на непідготовленому полі бою, що потребуватиме відповідного залучення паперових та комп'ютеризованих електронних технологій. В ідеалі це було б одноетапним процесом, однак реалії, на жаль, є зовсім іншими. Важливо розуміти, що документація ведеться впродовж всього ланцюга надання медичної допомоги та евакуації, в той час як групування даних треба здійснювати на первинному рівні, який має можливість підтримувати та проводити цю роботу. Як мінімум для кожного випадку поранення повинна використовуватись паперова документація, а медична картка супроводжує потерпілого впродовж евакуації в тил. Якщо доступними є ефективні електронні записи, то цей процес пришвидшується та спрощується.