

구급 활동일지

119구급대장(센터장)

전화) 02-794-0119

결 제

차량번호 998다5026 구분 특수일반 특수특별 헬기 펌블런스 기타

| | | | | | | | | |
|------|-------|------------------|-----------------|--|------------|------|---|--------------|
| 구급출동 | 신고 일시 | 2023.06.10 00:04 | 신고자 | 전화번호 | XXXXXXXXXX | 신고방법 | <input type="checkbox"/> 일반전화 <input checked="" type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 기타() | |
| | 출동 시간 | 00:07 | 환자 성명 | 송기성 | 나이 | 81 세 | 성별 <input checked="" type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 | |
| | 현장 도착 | 00:13 | 환자 주소 | (TEL) 서울특별시 마포구 성산동 595-0 | | | | |
| | 환자 접촉 | 00:14 | 환자 직업 | <input type="checkbox"/> 영아 <input type="checkbox"/> 유아 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 주부 <input type="checkbox"/> 자영업 <input checked="" type="checkbox"/> 직장인 <input type="checkbox"/> 무직 <input type="checkbox"/> 기타() <input type="checkbox"/> 외국인(국적:) | | | | |
| | 거리 | 3.0 km | 환자 보호자 등 | 성명 | 관계 | XX | 연락처 | XXXXXXXXXXXX |
| | 현장 출발 | 00:35 | 환자 발생 장소(택일) | <input checked="" type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 집단거주시설 <input type="checkbox"/> 도로 <input type="checkbox"/> 도로외교통지역 <input type="checkbox"/> 오락/문화시설 <input type="checkbox"/> 학교/교육시설 <input type="checkbox"/> 운동시설 <input type="checkbox"/> 상업시설 <input type="checkbox"/> 의료관련시설 <input type="checkbox"/> 공장/산업/건설시설 <input type="checkbox"/> 일차산업장 <input type="checkbox"/> 바다/강/산/논밭 <input type="checkbox"/> 기타() | | | | |
| | 병원 도착 | 00:44 | 환자 증상 (복수선택 가능) | <input checked="" type="checkbox"/> 통증(<input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 흉통 <input type="checkbox"/> 복통 <input type="checkbox"/> 요통 <input type="checkbox"/> 분만진통 <input type="checkbox"/> 그 밖의 통증) <input checked="" type="checkbox"/> 의상(<input checked="" type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 탈구 <input type="checkbox"/> 염좌 <input type="checkbox"/> 열상 <input type="checkbox"/> 찰과상 <input type="checkbox"/> 타박상 <input type="checkbox"/> 절단 <input type="checkbox"/> 압제손상 <input type="checkbox"/> 화상) <input type="checkbox"/> 의식장애 <input type="checkbox"/> 기도이물 <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input checked="" type="checkbox"/> 호흡정지 <input type="checkbox"/> 심계항진 <input type="checkbox"/> 가슴불편감 <input checked="" type="checkbox"/> 심정지 <input type="checkbox"/> 경련/발작 <input type="checkbox"/> 실신 <input type="checkbox"/> 오심 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 배뇨장애 <input type="checkbox"/> 객혈 <input type="checkbox"/> 토혈 <input type="checkbox"/> 혈변 <input type="checkbox"/> 비출혈 <input type="checkbox"/> 질출혈 <input type="checkbox"/> 그밖의 출혈 <input type="checkbox"/> 고열 <input type="checkbox"/> 저체온증 <input type="checkbox"/> 어지러움 <input type="checkbox"/> 마비 <input type="checkbox"/> 전신쇠약 <input type="checkbox"/> 정신장애 <input type="checkbox"/> 그밖의 이물질 <input type="checkbox"/> 기타() | | | | |

| | | | |
|----------|---------------------------------------|--|---|
| 환자 발생 유형 | <input type="checkbox"/> 질병 | 병력 () (없음 <input checked="" type="checkbox"/> 미상) | <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 뇌혈관질환 <input type="checkbox"/> 심장질환 <input type="checkbox"/> 폐질환 <input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 간염 <input type="checkbox"/> 간경화 <input type="checkbox"/> 알레르기 |
| | <input type="checkbox"/> 질병외 | <input type="checkbox"/> 교통사고 <input type="checkbox"/> 사상자 | <input type="checkbox"/> 압(종류:) <input type="checkbox"/> 신부전(투석여부:) <input type="checkbox"/> 기타() |
| | <input type="checkbox"/> 비외상성 손상 (택일) | <input type="checkbox"/> 그 외 외상 (택일) | <input type="checkbox"/> 운전자 <input type="checkbox"/> 동승자 <input type="checkbox"/> 보행자 <input type="checkbox"/> 자전거 <input type="checkbox"/> 오토바이 <input type="checkbox"/> 그밖의탈것() <input type="checkbox"/> 미상 |
| | <input type="checkbox"/> 범죄의심 | <input type="checkbox"/> 비외상성 손상 (택일) | <input type="checkbox"/> 낙상 <input type="checkbox"/> 추락 <input type="checkbox"/> 그밖의둔상 <input type="checkbox"/> 열상 <input type="checkbox"/> 자상 <input type="checkbox"/> 관통상 <input type="checkbox"/> 기계 <input type="checkbox"/> 농기계 |

| | | | | | | | | | |
|-------|-----------------------------|--|---|---|---------|---------|------|------|-------|
| 환자 평가 | 의식상태 | 1차 (00:14:00) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> U | 2차 (00:27:00) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U |  <p>사고부위(복수선택 가능)</p> | | | | | |
| | 동공반응 | 좌 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 축소 <input checked="" type="checkbox"/> 산동 <input type="checkbox"/> 측정불가 | 반응 <input checked="" type="checkbox"/> 무반응 <input type="checkbox"/> 측정불가 | | | | | | |
| | 활력 징후 | 시각 | 혈압 | | 맥박 | 호흡 | 체온 | SpO2 | 혈당체크 |
| | <input type="checkbox"/> 불가 | 00:14 | 0/0 mmHg | | 0 회/min | 0 회/min | 35 ℃ | 0 % | mg/dL |
| | <input type="checkbox"/> 거부 | 00:27 | 0/0 mmHg | | 0 회/min | 0 회/min | 35 ℃ | 0 % | mg/dL |

구급대원 평가 소견: 경비원 얼굴 창백으로 119신고됨. 출동 중 선착인 후암펌프에서 사고가 단거같다는 무전과 경찰요청함. 구급대 현장도착시 선착 펌프대원 CPR 중이며 확인한바 환자 호흡, 맥박 없음 환자 좌측 대퇴 개발성 골절 및 압제손상 확인됨. 출혈량 많음 AED상 최초 리듬 무수축 현장에서 6사이클 CPR 및 아이젤로 호흡보조, NS500 IV 실시 총부로6 후착대로 도착하여 외상처치 및 CPR 실시 (대원1명 구급차 동승) 의료지도 요청 한바 외상성 심정지로 가능성 없어 CPR 유보 지시받아 00시27분 CPR 중지 국립의료원 응급실 이송하여 상황 설명 후 환자인계 현장경찰 용중지구대 (+) 보호자 연락하여 병원앞에서 상황설명함 귀소 후 장비 점검중 환자 소 지품(지갑) 발견되어 다시 병원으로 가 보호자에게 인계 후착대에서 의료지도 실시한것으로 완파하여 의료지도 시간 지연됨

| | |
|------------------|--|
| 응급 처치 (복수 선택 가능) | <input checked="" type="checkbox"/> 기도확보: <input checked="" type="checkbox"/> 도수조작 <input checked="" type="checkbox"/> 기도유지기(airway) <input type="checkbox"/> 기도삽관(Intubation) <input checked="" type="checkbox"/> 성문의 기도유지기(supraglottic airway) <input type="checkbox"/> 흡인기 <input type="checkbox"/> 기도폐쇄처치 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 산소투여: 15 L/min(<input type="checkbox"/> 비관 <input type="checkbox"/> 안면마스크 <input type="checkbox"/> 비재호흡마스크 <input checked="" type="checkbox"/> BVM <input type="checkbox"/> 산소소생기 <input type="checkbox"/> 포켓마스크 <input type="checkbox"/> 네블라이저 <input type="checkbox"/> 기타() |
| | <input checked="" type="checkbox"/> CPR(<input checked="" type="checkbox"/> 실시 <input type="checkbox"/> 거부 <input type="checkbox"/> DNR <input checked="" type="checkbox"/> 유보) <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> AED(<input type="checkbox"/> Shock <input checked="" type="checkbox"/> Monitoring) <input checked="" type="checkbox"/> 기타(V/S) |

| | | | |
|-------|--|------------|--|
| 의료 지도 | 의료지도 <input checked="" type="checkbox"/> 연결 <input type="checkbox"/> 미연결 | 요청시간 00:27 | 요청방법 <input checked="" type="checkbox"/> 일반전화 <input checked="" type="checkbox"/> 휴대전화(<input type="checkbox"/> 음성 <input checked="" type="checkbox"/> 화상) <input type="checkbox"/> 기타() |
| | 의료지도 기관 <input type="checkbox"/> 소방 <input type="checkbox"/> 병원 | 의료지도 내용 | <input checked="" type="checkbox"/> 응급처치: <input type="checkbox"/> airway <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> supraglottic airway <input type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> AED <input checked="" type="checkbox"/> CPR <input checked="" type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> BVM <input checked="" type="checkbox"/> 산소투여 <input type="checkbox"/> 고정 <input type="checkbox"/> 상처처치 <input type="checkbox"/> 혈당체크 <input type="checkbox"/> 보온 <input type="checkbox"/> 기타() |
| | 의료지도 의사 성명 XXX | | <input checked="" type="checkbox"/> 약물투여: <input checked="" type="checkbox"/> N/S <input type="checkbox"/> D/W <input type="checkbox"/> NTG <input type="checkbox"/> 기관지확장제 <input type="checkbox"/> 에피네프린 <input type="checkbox"/> 아미오다론 <input type="checkbox"/> 기타() <input type="checkbox"/> 병원선정 <input checked="" type="checkbox"/> 환자평가 <input checked="" type="checkbox"/> CPR유보중단 <input type="checkbox"/> 이송거절 <input type="checkbox"/> 이송거부 <input type="checkbox"/> 기타() |

| | | | | | |
|-------|--|----------------|---|---|--|
| 환자 이송 | 이송(연계)기관명 | 도착시간 | 의료기관 선정자 등 | 재이송 사유 | 환자 인수자 |
| | 1차 <input checked="" type="checkbox"/> 국립중료의료원 <input type="checkbox"/> 관할 <input type="checkbox"/> 타시·도 | 00:44 (5.0 km) | <input checked="" type="checkbox"/> 구급대 <input type="checkbox"/> 119상황실 <input type="checkbox"/> 구급상황센터 <input type="checkbox"/> 환자/보호자 <input type="checkbox"/> 병원 수용공관 등 <input type="checkbox"/> 기타() | <input checked="" type="checkbox"/> 병상 부족(<input type="checkbox"/> 응급실 <input type="checkbox"/> 수술실 <input type="checkbox"/> 입원실 <input type="checkbox"/> 중환자실) <input type="checkbox"/> 전문의 부재 <input type="checkbox"/> 환자/보호자의 변심 <input type="checkbox"/> 의료장비 고장 <input type="checkbox"/> 1차 응급 처치 <input type="checkbox"/> 주취자 등 <input type="checkbox"/> 기타() | <input checked="" type="checkbox"/> 의사 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 응급구조사 <input type="checkbox"/> 기타 |

연계 이송 소방 활동 ※본 구급대는 환자의 추가 손상 및 악화(사망 등) 방지를 위해 응급처치에 적합하고 최단시간 이내에 이송이 가능한 _____으로 이송을 권유하였으나 _____씨가 원하는 대로 _____으로 이송함에 따라 발생하는 민사·형사상 책임을 지지 않습니다. 위 내용을 고지합니다.

| | |
|-----|--|
| 미이송 | <input type="checkbox"/> 귀소 <input checked="" type="checkbox"/> 타차량 <input type="checkbox"/> 병원차 <input type="checkbox"/> 경찰차 <input type="checkbox"/> 자가용 <input type="checkbox"/> 택시 <input type="checkbox"/> 헬기 <input type="checkbox"/> 환자없음 <input type="checkbox"/> 현장처치 <input type="checkbox"/> 이송거부 <input type="checkbox"/> 이송거절 <input type="checkbox"/> 경찰인계 <input type="checkbox"/> 이송불필요 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 기타() |
|-----|--|

| | | | | |
|-------|---------|---|-----|-----------|
| 출동 인원 | 의사 | 소속: | 성명: | (서명 또는 인) |
| | 구급대원(1) | <input checked="" type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 구급교육 <input type="checkbox"/> 기타 | 계급 | 소방장 |
| | 구급대원(2) | <input checked="" type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 구급교육 <input type="checkbox"/> 기타 | 계급 | 소방교 |
| | 운전요원 | <input type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급 <input type="checkbox"/> 간호사 <input checked="" type="checkbox"/> 구급교육 <input type="checkbox"/> 기타 | 계급 | 소방위 |

| | | | | |
|-------|---|------|--------------|------------------|
| 장애 요인 | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 장타자(<input type="checkbox"/> 보호자요구 <input type="checkbox"/> 완타자(휠) <input type="checkbox"/> 완타자(휠) <input type="checkbox"/> 만타자 <input type="checkbox"/> 폭행 <input type="checkbox"/> 안폭력 <input type="checkbox"/> 환자체중 <input type="checkbox"/> 가난한 호흡 <input type="checkbox"/> 환자차량불합 <input type="checkbox"/> 교통장애 <input type="checkbox"/> 폭우 <input type="checkbox"/> 폭설 <input type="checkbox"/> 기타() | | | |
| 일련 번호 | 20231106508M01502 | 재난번호 | XT1142272715 | 뒷장이 동시에 기록되도록 제작 |