

### 심뇌혈관질환자 응급처치 세부상황표

구급활동지 일련번호		소방서		구급대/안전센터		과제		대장 (센터장)	
주 증상 유형		<input type="checkbox"/> 심혈관계 응급		<input checked="" type="checkbox"/> 뇌혈관계 응급					
주 호소	주 증상 (1개 선택)	<input type="checkbox"/> 흉통 <input type="checkbox"/> 가슴불편감 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 심계항진 <input type="checkbox"/> 실신 <input type="checkbox"/> 기타 심혈관계 의증 ( )				발생시각			
	동반증상 (동맥허용)	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 오심 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 어지러움 <input type="checkbox"/> 의식변화 <input type="checkbox"/> 식은땀 <input type="checkbox"/> 기타 ( )				발병경황			
행동의 이상	위치 (동맥허용)	<input type="checkbox"/> 활동 없음 <input type="checkbox"/> 좌상부 <input type="checkbox"/> 우상부 <input type="checkbox"/> 통로양상 (동맥허용)				<input type="checkbox"/> 누워서동향 <input type="checkbox"/> 조립/좌어함 <input type="checkbox"/> 답답함 <input type="checkbox"/> 뒹굴함 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			
	강도	<input type="checkbox"/> 확인하지 않음 <input type="checkbox"/> 확인불가 (동맥허용) <input type="checkbox"/> 중등증수 (점 / 10점)				양상			
비행행위	약력요인	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 운동 및 활동장애가 <input type="checkbox"/> 기타 ( )				연화요인			
	지속시간	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 5분 이내 <input type="checkbox"/> 5~20분 <input type="checkbox"/> 20분 이상				지속시간			
비행행위	심혈관계(동맥허용)	<input type="checkbox"/> 급성관상동맥증후군 <input type="checkbox"/> 심부전 <input type="checkbox"/> 부정맥 <input type="checkbox"/> 기타 ( )							
	비행행위	<input type="checkbox"/> 호흡기계 <input type="checkbox"/> 소화기계 <input type="checkbox"/> 근골격계(외상포함) <input type="checkbox"/> 정신과적 이상 <input type="checkbox"/> 기타 ( )							
비행행위 증상으로 판단될 경우 아래 항목은 기록하지 않음									
약력	니트로글리세린	<input type="checkbox"/> 확인하지 않음 <input type="checkbox"/> 복용하지 않음 <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 확인함 ( ) <input type="checkbox"/> 복용함 (약물명: / 시간 전)							
	니트로글리세린	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 수축기혈압 < 90 mmHg <input type="checkbox"/> 맥박 < 50 혹은 > 120 <input type="checkbox"/> 발기부전치료제 복용력 있음 <input type="checkbox"/> 환자 거부 <input type="checkbox"/> 약물부재 <input type="checkbox"/> 도착 전 이미 3회 복용 <input type="checkbox"/> 기타 ( )							
니트로글리세린 (NTG) 투약	투여횟수	투여시각		투여 전		투여 5분 후 ( ) (미실시)			
	<input type="checkbox"/> 예	1회	시:분	회/분	회/분	회/분	점/10점	<input type="checkbox"/> 병원도착 <input type="checkbox"/> 환자거부 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
3유도 심전도 검사	<input type="checkbox"/> 이온도 <input type="checkbox"/> 환자거부 <input type="checkbox"/> 장비부재 <input type="checkbox"/> 고장 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	3유도 심전도 소견				출력물 종류			
	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 정상 동성리듬 (normal sinus rhythm) <input type="checkbox"/> 동성 빈맥 (sinus tachycardia) <input type="checkbox"/> 넓은 QRS 빈맥 (wide QRS tachy) <input type="checkbox"/> 규칙적(regular) <input type="checkbox"/> 불규칙적(irregular) <input type="checkbox"/> 좁은 QRS 빈맥 (narrow QRS tachy) <input type="checkbox"/> 규칙적(regular) <input type="checkbox"/> 불규칙적(irregular)				<input type="checkbox"/> 동성서맥 (sinus bradycardia) <input type="checkbox"/> 2도 병실차단(second degree) <input type="checkbox"/> 3도 병실차단(third degree) <input type="checkbox"/> 기타 병실차단 (other AV block) <input type="checkbox"/> 기타 (Others) - ( ) <input type="checkbox"/> 모름 (Unknown) - ( )			
12유도 심전도 촬영	<input type="checkbox"/> 시행안함	<input type="checkbox"/> 환자거부 <input type="checkbox"/> 장비부재 <input type="checkbox"/> 장비고장 <input type="checkbox"/> 기타 ( )							
	<input type="checkbox"/> 시행함	<input type="checkbox"/> 전승함 <input type="checkbox"/> 전승안함 <input type="checkbox"/> 장비부재 <input type="checkbox"/> 장비고장 <input type="checkbox"/> 기타 미전승 사유 ( ) <input type="checkbox"/> 병원 인계 <input type="checkbox"/> 병원 미인계 <input type="checkbox"/> 장비 고장 <input type="checkbox"/> 기타 미인계 사유 ( ) <input type="checkbox"/> 출력물 첨부함 <input type="checkbox"/> 출력물 미첨부함 <input type="checkbox"/> 분실 <input type="checkbox"/> 기타 미첨부 사유 ( )							
12유도 심전도 소견	ST분절상승	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> > 1mm 연관된 2개 이상의 사지 유도 <input type="checkbox"/> > 2mm 연관된 2개 이상의 전흉부 유도				I II III aVR aVL aVF V1 V2 V3 V4 V5 V6			
	응급 처치종류	<input type="checkbox"/> 이온도 <input type="checkbox"/> ST 분절 상승 심근경색 <input type="checkbox"/> 예 (우측 작성) <input type="checkbox"/> 협심증 증상 + ( ) <input type="checkbox"/> 혈압저하 <input type="checkbox"/> 심인성 폐부종 <input type="checkbox"/> 속 증상 <input type="checkbox"/> 지속되는 통증							
심혈관 위험도 평가	실시하지 않았을 경우 사유	<input type="checkbox"/> 의식변화로 환자협조 안됨 <input type="checkbox"/> 환자/보호자거부 <input type="checkbox"/> 기타 ( )							
	심혈관 위험인자 ≥ 3 (오른쪽)	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 미상				심혈관 위험인자 ( / 5)			
점 / 6점	나이 : 65세 이상	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 미상				심혈관질환의 가족력 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 미상			
	심혈관 질환 관련 수술(우측/좌측 CABG, 스텐트 삽입 등)	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 미상				고혈압 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 미상			
7일 이내 Aspirin의 사용	선전도 ST 분절 변화	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 미상				고지혈증 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 미상			
	24시간 내 2회 이상 협심증 증상	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 미상				당뇨 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 미상			
주 호소	주 증상 (1개 선택)	<input checked="" type="checkbox"/> 얼굴마비 <input type="checkbox"/> 구음장애 <input type="checkbox"/> 팔 위약/마비( ) <input type="checkbox"/> 좌, ( )우 <input type="checkbox"/> 다리위약/마비( ) <input type="checkbox"/> 좌, ( )우 <input type="checkbox"/> 의식장애 <input type="checkbox"/> 어지러움 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 경련/발작 <input type="checkbox"/> 실신 <input type="checkbox"/> 오심/구토 <input type="checkbox"/> 기타 ( )							
	동반증상 (동맥허용)	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 얼굴마비 <input type="checkbox"/> 구음장애 <input type="checkbox"/> 팔 위약/마비( ) <input type="checkbox"/> 좌, ( )우 <input type="checkbox"/> 다리위약/마비( ) <input type="checkbox"/> 좌, ( )우 <input type="checkbox"/> 의식장애 <input type="checkbox"/> 어지러움 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 경련/발작 <input type="checkbox"/> 실신 <input type="checkbox"/> 오심/구토 <input type="checkbox"/> 기타 ( )							
발병 경황	<input checked="" type="checkbox"/> 일상생활 <input type="checkbox"/> 수면/휴식 중 <input type="checkbox"/> 근무 중 <input type="checkbox"/> 스포츠/레저 활동 <input type="checkbox"/> 교육/훈련 <input type="checkbox"/> 이동 중 <input type="checkbox"/> 치료 중 <input type="checkbox"/> 기타 ( )								
발병 시각	<input checked="" type="checkbox"/> 명확한 발병 시각 (Last Normal Time = First Abnormal Time)	2019년 02월 12일 0시 5분							
표준 뇌졸중 평가	실시하지 않았을 경우 사유	<input type="checkbox"/> 환자/보호자거부 <input type="checkbox"/> 기타 ( ) <input type="checkbox"/> 뇌졸중 의심되지 않음(사유: )				) 아래 항목 기록하지 않음			
	병원 전 뇌졸중 선별검사 (오른쪽)	<input type="checkbox"/> 양성 <input checked="" type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 미상				병원 전 뇌졸중 선별검사			
나이 ≥ 45세	나이 ≥ 45세	<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 미상							
	뇌전증(간질) 및 경련 병력	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 미상				의식지하로 협조안됨 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 → 예인 경우 병원 전 뇌졸중 선별검사 병행으로 구별			
증상 발생 24시간 이내	증상 발생 24시간 이내	<input checked="" type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 미상				얼굴마비 <input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 좌측 <input type="checkbox"/> 우측 <input type="checkbox"/> 양측			
	병상시에 누워지내지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 미상				팔 위약 <input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 좌측 <input type="checkbox"/> 우측 <input type="checkbox"/> 양측			
혈당 수치 60~400 mg/dL	혈당 수치 60~400 mg/dL	<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 미상				최종 결과 <input checked="" type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성			
	주시 편위	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 미상				나이/시간(월) 지남력 <input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 <input type="checkbox"/> 미상			
뇌졸중 중증도 평가	팔 위약	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 <input type="checkbox"/> 미상				눈감기/손잡고 자기 동작 수행 <input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 <input type="checkbox"/> 미상			
	최종 중증도 평가 결과	<input checked="" type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성 <input type="checkbox"/> 미상							
뇌졸중 과거력	뇌졸중 과거력	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 ( ) <input type="checkbox"/> 허혈성 ( ) <input type="checkbox"/> 출혈성 ( ) <input type="checkbox"/> 미상							
	뇌졸중 후유 장애	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (내용: )							
혈전용해제 금기증	3개월 이내 허혈성 뇌졸중	<input type="checkbox"/> 3개월 이내 허혈성 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 3개월 이내 중등 두부외상 <input type="checkbox"/> 3개월 이내 두개내/척추 수술 <input type="checkbox"/> 뇌출혈 <input type="checkbox"/> 21일 이내 위궤관 출혈							
	응고장애	<input type="checkbox"/> 응고장애 <input type="checkbox"/> 항응고약제 사용 중 <input type="checkbox"/> 광역성 신내막염 <input type="checkbox"/> 대동맥박리 <input type="checkbox"/> 미상							
혈기 이상요청	<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 연락 실패				병원 사전 연락 <input type="checkbox"/> 연락 실패 <input checked="" type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (사유: )				
담당자	<input type="checkbox"/> 의사 <input type="checkbox"/> 간호사 <input checked="" type="checkbox"/> 1급 응급구조사 <input type="checkbox"/> 2급 응급구조사				계급: <input type="checkbox"/> 상급 <input type="checkbox"/> 중급 <input type="checkbox"/> 하급				