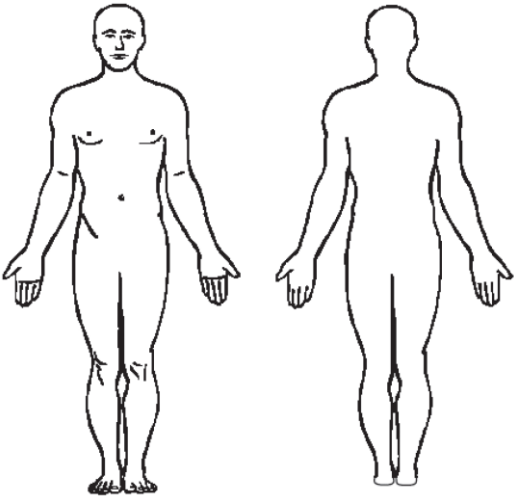




## SRVF-伤患评估表 (1人1表)

时间: 月 日 时 分	地点:	填表人:							
选手姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	院校:							
		运动号码:							
<b>*停*冷静 现场评估 (到达现场, 及时向指挥中心汇报)</b>									
你及团队或者伤患是否处于风险之中?	如果是请消除风险								
个人防护 <input type="checkbox"/> 手套 <input type="checkbox"/> 口罩 <input type="checkbox"/> 护目镜									
伤患人数 <input type="checkbox"/> _____人 (提醒评估) 伤患性别: __男 __女									
伤患受伤机制? <input type="checkbox"/> 高能量创伤 (高处坠落、重物砸中) <input type="checkbox"/> 低能量创伤 (滑倒) <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 环境伤害									
救援装备 <input type="checkbox"/> 急救包 <input type="checkbox"/> 脊柱板 <input type="checkbox"/> 铲式担架 <input type="checkbox"/> 保暖物资 <input type="checkbox"/> 降温物资									
接近伤患是否安全?	确保安全后, 才可接触伤患								
<b>首要评估 (发现情况, 及时向指挥中心汇报)</b>									
伤患意识水平 <input type="checkbox"/> A (清醒) <input type="checkbox"/> A- (焦虑、暴躁、虚弱、嗜睡、迷糊、淡漠、言语混乱等) <input type="checkbox"/> V (对声音刺激有反应) <input type="checkbox"/> P (对疼痛刺激有反应) <input type="checkbox"/> U (无反应)									
有无严重出血 <input type="checkbox"/> 有_____处 ( <b>立即止血</b> ) <input type="checkbox"/> 无									
气道 <input type="checkbox"/> 能对话 <input type="checkbox"/> 气道有异响 (呼噜声、痰鸣音) ( <b>立即处理</b> ) <input type="checkbox"/> 气道无异响									
是否有呼吸 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ( <b>开始CPR</b> )									
循环 (颈动脉) <input type="checkbox"/> 有脉搏 <input type="checkbox"/> 无脉搏 ( <b>开始CPR</b> )									
脊柱有无受伤机制 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 ( <b>限制活动</b> )									
<b>次要评估 (完成次要评估后再处置)</b>									
SAMPLE病史									
<input type="checkbox"/> 症状									
<input type="checkbox"/> 过敏史 (药物、食物)									
<input type="checkbox"/> 药物 (平时有无服用药物)									
<input type="checkbox"/> 相关病史_____ (女性应该关注生理期)									
<input type="checkbox"/> 饮食排泄情况									
<input type="checkbox"/> 受伤经过									
<b>生命体征</b>									
/	测量时间 xx: xx	呼吸次数 每分钟	脉搏次数 每分钟	皮肤颜色			皮肤温湿度	神志水平 AVPU	其他
第一次				<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 苍白	<input type="checkbox"/> 潮红	<input type="checkbox"/> 湿 <input type="checkbox"/> 干 <input type="checkbox"/> 热 <input type="checkbox"/> 暖 <input type="checkbox"/> 冷		
第二次				<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 苍白	<input type="checkbox"/> 潮红	<input type="checkbox"/> 湿 <input type="checkbox"/> 干 <input type="checkbox"/> 热 <input type="checkbox"/> 暖 <input type="checkbox"/> 冷		
第三次				<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 苍白	<input type="checkbox"/> 潮红	<input type="checkbox"/> 湿 <input type="checkbox"/> 干 <input type="checkbox"/> 热 <input type="checkbox"/> 暖 <input type="checkbox"/> 冷		
第四次				<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 苍白	<input type="checkbox"/> 潮红	<input type="checkbox"/> 湿 <input type="checkbox"/> 干 <input type="checkbox"/> 热 <input type="checkbox"/> 暖 <input type="checkbox"/> 冷		
第五次				<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 苍白	<input type="checkbox"/> 潮红	<input type="checkbox"/> 湿 <input type="checkbox"/> 干 <input type="checkbox"/> 热 <input type="checkbox"/> 暖 <input type="checkbox"/> 冷		
第六次				<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 苍白	<input type="checkbox"/> 潮红	<input type="checkbox"/> 湿 <input type="checkbox"/> 干 <input type="checkbox"/> 热 <input type="checkbox"/> 暖 <input type="checkbox"/> 冷		

身体检查	
①头面部 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 压痛 <input type="checkbox"/> 出血	
②颈部 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 压痛 <input type="checkbox"/> 出血	
③胸部 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 压痛 <input type="checkbox"/> 出血	
④腹部 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 压痛 <input type="checkbox"/> 出血	
⑤骨盆 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 压痛 <input type="checkbox"/> 出血	
⑥右下肢 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 压痛 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 末梢循环 <input type="checkbox"/> 末梢感觉、运动	
⑦左下肢 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 压痛 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 末梢循环 <input type="checkbox"/> 末梢感觉、运动	
⑧右上肢 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 压痛 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 末梢循环 <input type="checkbox"/> 末梢感觉、运动	
⑨左上肢 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 压痛 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 末梢循环 <input type="checkbox"/> 末梢感觉、运动	
⑩背部 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 压痛 <input type="checkbox"/> 出血	

**评估及处置方案 (完成问题清单后及时向指挥中心汇报)**

评估 (问题清单)	预期问题	处置方案

**脊柱评估 (完成评估后及时向指挥中心汇报)**

伤患是否可靠?  清醒  可以配合  分心的疼痛

脊柱是否有压痛?  颈椎  胸椎  腰椎

四肢感知及运动情况? 感知  右上肢  左上肢  右下肢  左下肢  
 运动  右上肢  左上肢  右下肢  左下肢

**额外备注**

**伤患交接 (请将此表随伤患一并交接)**

移交部门: \_\_\_\_\_ 移交人: \_\_\_\_\_ 联系方式: \_\_\_\_\_  
 接班部门: \_\_\_\_\_ 接班人: \_\_\_\_\_ 联系方式: \_\_\_\_\_