



1. TË DHËNAT E PËRGJITHSHME

Data:	
Koha kur u konstatua emergjenca:	
Klinika / ordinanca stomatologjike:	
Emri, mbiemri dhe detyra e personit që plotëson formularin:	

2. TË DHËNAT E PACIENTIT

Emri i plotë:	
Mosha / Data e lindjes:	
Gjinia:	
Nr. i dosjes mjekësore:	
Sëmundje / alergji të njohura:	
Medikamente aktuale (përfshirë ato që merr vetë):	

3. PËRSHKRIMI I RASTIT

Shëno llojin e emergjencës:	<input type="checkbox"/> Sinkopë <input type="checkbox"/> Anginë/dhimbje gjoksi <input type="checkbox"/> Arrest kardiak <input type="checkbox"/> Hipoglikemi <input type="checkbox"/> Atak astmatik <input type="checkbox"/> Krizë epileptike <input type="checkbox"/> Anafilaksi
Shkaktar/rrethana paraprijëse:	
Shenjat dhe simptomat fillestare:	

4. SHENJAT VITALE - në fillim dhe çdo 5 minuta

	Fillestare	+5 min	+10 min	+15 min	+20 min
Rruga ajrore e lirë?	<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
Frekuenca respiratore për zminut					
SpO ₂ (%)					
Pulsi për minut					
Tensioni arterial në mmHg					
Glikemia në mmol/L – nëse nevojitet					

5. NDËRHYRJET DHE BARNAT E PËRDORURA

Interventi/bari	
Oksigjeni filuar me	_____ L/min
Bronkodilatator (p.sh., salbutamol)	
Nitroglicerinë sprej/tabletë	
Aspirinë 300 mg (përtypur)	
Xhel/tabletë glukoze orale	
Epinefrinë I.M. 1 mg/mL	
AED i përdorur?	<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
Tjetër (përshkruani)	

6. NDIHMA E JASHTME

Është thirrur urgjenca mjekësore (EMS)?	<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
Koha e mbërritjes së EMS:	
Emri/ID i udhëheqësit të ekipit EMS:	
Dorëzimi i pacientit i kryer?	<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo Koha:

7. REZULTATI / DESTINIMI

<input type="checkbox"/> U rikthye në trajtimin stomatologjik <input type="checkbox"/> U mbikëqyr dhe u lëshua <input type="checkbox"/> U transferua në spital <input type="checkbox"/> Tjetër:	
Nëse u transferua: Spitali dhe reparti:	
Shoqëruar nga:	<input type="checkbox"/> EMS <input type="checkbox"/> Familja <input type="checkbox"/> Stafi (emri):