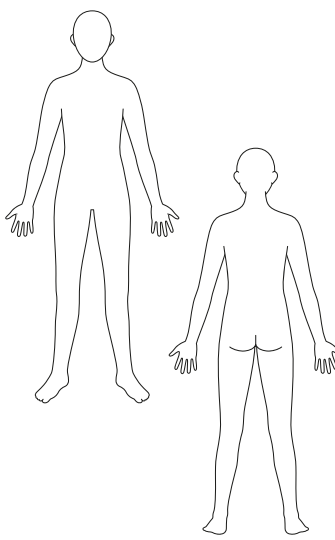


FØRSTEHJELPSRAPPORT

Fylles ut for overlevering til profesjonell helsehjelp

Pasientinformasjon		
Pasient: <ul style="list-style-type: none">• Navn• Fødselsdato- og nummer• Nasjonalitet / språk• Sykdommer, allergier og medisinbruk		
Situasjon: <ul style="list-style-type: none">• Hva skjedde?• Når skjedde det?• Hvor skjedde det?		
Pasienttilstand		
Endringer over tid, positiv eller negativ utvikling: Pust: <input type="checkbox"/> Våkner til (Bevissthet) <input type="checkbox"/> Uendret <input type="checkbox"/> Sløvere Blødning: <input type="checkbox"/> Stanset <input type="checkbox"/> Usikker <input type="checkbox"/> Blør Varme: <input type="checkbox"/> Pågående skjelving <input type="checkbox"/> Ikke observert skjelving <input type="checkbox"/> Skjelving observert tidligere, men nå opphørt	Marker skader: 	Annen informasjon:
Hvor lenge er pasienten observert?		
Kontaktinformasjon		
Pårørende: <ul style="list-style-type: none">• Navn• Relasjon• Telefonnummer		
Førstehjelper / turleder <ul style="list-style-type: none">• Navn• Organisasjonsnummer• Telefonnummer		