


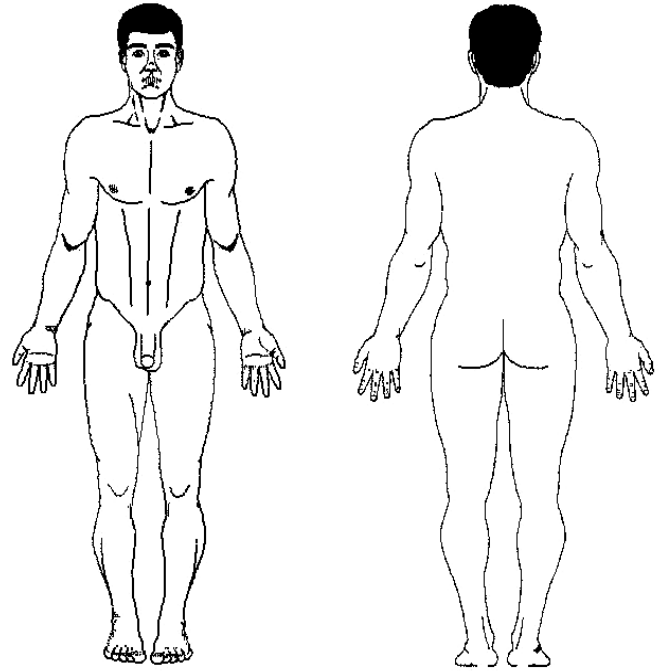
Evenement gegevens				
Locatie:				
Soort evenement:				
Datum:				
Aanwezig als:	official	publiek	deelnemer	anders: <input type="text"/>
Klasse:		Startnummer:	<input type="text"/>	
Persoonsgegevens				
Voornaam:	<input type="text"/>			
Familienaam:	<input type="text"/>			
Geboortedatum:	<input type="text"/>			
Woonplaats (/ land):	<input type="text"/>			
Telefoon (mob):	<input type="text"/>			
Ongevalgegevens (MIST)		Tijdstip ongeval:	uur	
Mechanisme:	<input type="text"/>			
Vastgestelde letsels en verwijsdiagnose	<input type="text"/>			
Onderzoek	cf. ABCDE - doctrine zoz formulier			
Behandeling en w.o. evt. medicatie	<input type="text"/>			
Voorgeschiedenis (AMPLE)				
Allergieën:	<input type="text"/>			
Gebruikte medicatie:	<input type="text"/>			
Voorgaande ziekten en operaties:	<input type="text"/>			
Laatste maaltijd:	Tijdstip:	uur, aard:		
Omgevingsfactoren:	<input type="text"/>			
Vraagstelling				
en verzoek om terugkoppeling	Graag uw onderzoek en behandeling en zo mogelijk een terugkoppeling van uw bevindingen uiteraard met instemming van de betrokkene telefonisch of in een gesloten enveloppe met de tekst MEDISCH GEHEIM, t.a.v de medisch adviseur van de MON Postbus 341, 5430 AH Cuijk of per mail naar med@mon.nl			
Wedstrijdarts bij 	Verwijzer: Naam: adres: telefoon/ mob:			
	Handtekening:			

Ademwegen en ademhaling		
<input type="radio"/> Goed <input type="radio"/> asymmetrisch	<input type="radio"/> vrij <input type="radio"/> obstruct	<input type="radio"/> symmetrisch <input type="radio"/> belemmerd
Trachea midline?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> naar Rechts <input type="radio"/> naar Links
ademgeruis		
<input type="radio"/> aanwezig <input type="radio"/> helder <input type="radio"/> zwak <input type="radio"/> afwezig <input type="radio"/> rhonchi	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links <input type="radio"/> links <input type="radio"/> links <input type="radio"/> links
Crepitaties?	<input type="radio"/> geen	<input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> links

Perifere circulatie		
Huid/ slijmvlies	<input type="radio"/> roze	<input type="radio"/> bleek
membraankleur	<input type="radio"/> flushed	<input type="radio"/> geel
	<input type="radio"/> grauw	<input type="radio"/> cyanose
Huid temperatuur	<input type="radio"/> warm	<input type="radio"/> koud
Huid vochtigheid	<input type="radio"/> normaal	<input type="radio"/> klam

SCORES			start	eind
Tijdstip uu/min				
GCS				
Ogen open	Spontaan	4		
	Op stem	3		
	Op pijn	2		
	geen	1		
Motor response	Normaal	6		
	Op pijn	5		
	Terugtrek	4		
	Abn. flexie	3		
	Extensie geen	2 1		
Verbal response	Oriëntatie	5		
	Verward	4		
	benoeming	3		
	kreunen	2		
	geen	1		
Totaal GCS				
Ademhaling		/min		
Tensie	syst	mm Hg		
RTS				
Pols Kracht (1<>6)	<input type="radio"/> krachtig	Re		
	<input type="radio"/> zwak	Li		
	<input type="radio"/> afwezig			
Pols freq regelmaat	<input type="radio"/> reg <input type="radio"/> irreg.	/min		
Saturatie	SpO ₂	%		
pupillen	Reactie	R/L	/	/
	Ø in mm	R/L	/	/
glucose	mmol/l			

Geef verwonding aan met nummer



1. Oppervlakkig	10. Hematoom
2. Open wond	11. Crush letsel
3. Penetratie	12. Zenuwletsel
4. Contusie	13. Ruggenmergletsel
5. Distorsie	14. Inwendig letsel
6. Luxatie	15. Brandwond
7. Fractuur	16. Vreemd voorwerp
8. Amputatie	17. Intracranieel
9. Bloeding	18. Overig

Status localis:
Hoofd/ maxillofaciaal:

CWK/ nek:

L-T-WK/ thorax:

Abdomen/ perineum:

Schoudergordel/ arm:

Bekken/ been: