



FORMULARZ ZGŁOSZENIA (zaznacz typ zgłoszenia)

Zgłoszenie nowej funkcjonalności SWD PRM lub PZŁ SWD PRM

Zgłoszenie modyfikacji funkcjonalności SWD PRM lub PZŁ SWD PRM

DANE KONTAKTOWE UŻYTKOWNIKA SWD PRM*

Województwo	mazowieckie/śląskie	Podmiot	Krajowa Rada Ratowników Medycznych
Imię i nazwisko	Michał Kucap	Login użytkownika	m.kucap
Rola w SWD PRM	Analitik/koordynator/kierownik ZRM	E-mail	biuro@kirm.org.pl

OPIS FUNKCJONALNOŚCI*

Moduł SWD PRM / PZŁ SWD PRM	SWD PRM Moduł ZRM Mobilny / Stacjonarny
Tytuł zgłoszenia	Standaryzacja procesu rozpoznawania i prenotyfikacji udaru mózgu w działaniach zespołów ratownictwa medycznego w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne
Funkcjonalność / Opis modyfikacji istniejącej funkcjonalności	<p>W ramach propozycji modyfikacji modułu ZRM SWD PRM proponuje się rozszerzenie istniejącej funkcjonalności dotyczącej rozpoznawania i dokumentowania objawów udaru mózgu w trakcie realizacji medycznych czynności ratunkowych.</p> <p>Celem modyfikacji jest ujednoczenie i usystematyzowanie procesu identyfikacji pacjentów z podejrzeniem świeżego udaru mózgu, a także zapewnienie kompletności danych niezbędnych do prenotyfikacji ośrodka udarowego oraz efektywnego i bezzwłocznego podjęcia interwencyjnego leczenia w tymże ośrodku.</p> <p>Zmiany obejmują między innymi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dodanie pola „Objawy świeżego udaru mózgu” z możliwością oznaczenia Tak/Nie, które warunkuje wyświetlanie sekcji szczegółowych; 2) wprowadzenie pól umożliwiających określenie czasu wystąpienia objawów lub momentu, gdy pacjent był ostatni raz widziany bez objawów; 3) obligatoryjność ustalenia, czy pacjent przyjmuje leki przeciwkrzepliwie; 4) rozbudowanie sekcji „Badanie udarowe” o zestaw objawów klinicznych obejmujących asymetrię twarzy, zaburzenia mowy, niedowład kończyn, zaburzenia równowagi i koordynacji; 5) dodanie walidacji wymagającej oznaczenia przynajmniej jednego objawu udarowego; 6) możliwość wsparcia przy ustalaniu istotnych schorzeń towarzyszących; 7) konieczność ustalenia wcześniejszego stanu samodzielności pacjenta; 8) automatyczne generowanie opisu klinicznego w polu „Opis” na podstawie zaznaczonych pól; 9) powiązanie oznaczenia udaru z automatycznym ustawieniem pola „Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego” jako „Tak” oraz wymuszeniem uzupełnienia parametrów: <ol style="list-style-type: none"> a) glikemia, b) ciśnienie tętnicze, c) temperatura; 10) dodanie sekcji „Prenotyfikacja pacjenta z objawami świeżego udaru mózgu”, w tym pola „Powód niewykonania prenotyfikacji”; 11) aktualizację walidacji pola „Rozpoznanie”, która wymaga wskazania przynajmniej jednego rozpoznania z zakresu kodów ICD-10 odpowiadających świeżemu udarowi mózgu.



Szczegółowy opis
proponycji zmiany

Dzięki wprowadzonym modyfikacjom system automatycznie generuje spójny, logiczny i kompletny opis kliniczny zdarzenia, zapewniając zgodność z obowiązującymi wytycznymi postępowania przedszpitalnego w udarze mózgu (AHA/ASA 2021; ESO 2023) oraz umożliwiając analizę danych pod kątem wskaźników jakości opieki przedszpitalnej.

Modyfikacja sekcji informującej o wystąpieniu niedowładu lub porażenia. Rozwinięcie sekcji o możliwość oznaczenia „**Objawy świeżego udaru mózgu**”: „**TAK**” lub „**NIE**”.



Niedowład / porażenie

Niedowład / porażenie

L

P

kończyna górna

kończyna dolna

Objawy świeżego udaru mózgu

Pole nie jest obligatoryjne. W przypadku oznaczenia „**TAK**” poniżej zostaje wyświetlone pole „**Objawy świeżego udaru mózgu**”:

Objawy świeżego udaru mózgu

Wystąpienie objawów:

Znany czas wystąpienia objawów u pacjenta:

Początek wystąpienia objawów:

2020-06-03

12

:

40

:

51

Czas bieżący

W przypadku oznaczenia pola „**Znany czas wystąpienia objawów u pacjenta**” jako „**Tak**”. Poniżej widoczne jest pole „**Początek wystąpienia objawów:**” z możliwością wpisania daty oraz czasu.

Dostępny jest również przycisk „**Czas bieżący**” – działanie przycisku zgodne z obecnym w innych sekcjach SWD PRM. Po uzupełnieniu pola „**Znany czas wystąpienia objawów u pacjenta**” jako „**TAK**” w podsekcji „**Opis**” dodawana jest treść: „*Podczas MCR ujawniono objawy świeżego udaru mózgu. Początek wystąpienia objawów: 2025-07-14 09:15.*”.

Wystąpienie objawów:

Znany czas wystąpienia objawów u pacjenta:

Pacjent ostatni raz widziany bez objawów:

2020-06-03

12

:

40

:

51

Czas bieżący

W przypadku oznaczenia pola „**Znany czas wystąpienia objawów u pacjenta**” jako „**NIE**”. Poniżej widoczne jest pole „**Pacjent ostatni raz widziany bez objawów:**” z możliwością wpisania daty oraz czasu. Dostępny jest przycisk „**Czas bieżący**”.

Po uzupełnieniu pola „**Znany czas wystąpienia objawów u pacjenta**” jako „**NIE**” oraz po określeniu czasu, kiedy pacjent ostatni raz widziany był bez objawów, w polu „**Opis**” dodawana jest treść: „*Podczas MCR ujawniono objawy świeżego udaru mózgu. Pacjent ostatni raz widziany bez objawów: 2025-07-14 09:15.*”.



Poniżej podsekcji „**Początek świeżego udaru mózgu**” widoczna jest podsekcja „**Badanie udarowe**”.

Badanie udarowe

Kończyny

TAK NIE niedowład

L P

kończyny górne

L P

kończyny dolne

TAK NIE porażenie

L P

kończyny górne

L P

kończyny dolne

Twarz

TAK NIE asymetria twarzy

L P

opadający kącik ust

Mowa

TAK NIE mowa dyzartryczna lub afazja

TAK NIE całkowity brak kontaktu słownego przy zachowanej przytomności

Czucie

TAK NIE połowicze zaburzenia czucia powierzchniowego

L P

Oczy

TAK NIE zbaczanie gałek ocznych

L P

Równowaga

TAK NIE zaburzenia równowagi

TAK NIE zaburzenia koordynacji ruchów

TAK NIE nieustępujące zawroty głowy o nagłym początku

Pola z sekcji „**Badanie udarowe**” są sprawdzane przy walidacji KMCR. Przynajmniej jeden parametr musi zostać oznaczony jako „**TAK**”. Jeżeli objaw posiada wyróżnik strony, a kategoria zostanie oznaczona jako „**TAK**”, należy wskazać przynajmniej jedną ze stron.

Pole „**Opis**” jest uzupełniane o treść pól oznaczonych twierdząco.

Przykład: W badaniu udarowym stwierdzono: niedowład kończyny górnej lewej oraz kończyny dolnej lewej, asymetrię twarzy w postaci opadającego lewego kącika ust, całkowity brak kontaktu słownego przy zachowanej przytomności, zaburzenia równowagi, nieustępujące zawroty głowy o nagłym początku.

Poniżej podsekcji „**Badanie udarowe**” widoczna jest podsekcja „**Pozostałe**”:



Pozostałe:

Leki przyjmowane przez pacjenta::

TAK NIE przyjmowane leki przeciwrzepliwne

Pacjent przyjmuje leki przeciwrzepliwne:

xyz

Inne istotne leki przyjmowane przez pacjenta

xyz

Istotne choroby towarzyszące:

TAK NIE przebyte udary w przeszłości

xyz

TAK NIE nowotwór

xyz

TAK NIE padaczka

xyz

TAK NIE poważny uraz

xyz

TAK NIE migotanie przedsionków

xyz

TAK NIE zabiegi operacyjne w ostatnich 3 miesiącach

xyz

Samodzielność:

TAK NIE pacjent przed wystąpieniem objawów był osobą samodzielną

Kontakt:

Numer kontaktowy do świadka zachorowania:

Numer kontaktowy do osoby bliskiej:

Pola z podsekcji „**Pozostałe**” są sprawdzane przy walidacji KMCR. Pole „**Pacjent przyjmuje leki przeciwrzepliwne**” jest wymagane.

W przypadku oznaczenia „**NIE**” w polu „**Opis**” dodawany jest zapis: „**Pacjent nie przyjmuje leków przeciwrzepliwych.**”

W przypadku oznaczenia „**TAK**” wyświetla się obowiązkowe pole tekstowe do wpisania nazwy leku.

W polu „**Opis**” dodawany jest zapis: „**Pacjent przyjmuje leki przeciwrzepliwne w postaci: „xyz”**” – gdzie „xyz” to nazwa leku wybrana przez kierownika zespołu ratownictwa medycznego ze słownika leków. Obok wyświetla się ze słownikowane nieobowiązkowe pole „**Inne istotne leki przyjmowane przez pacjenta**”. Uzupełnienie pola o wartości ze słownika leków dodaje treść w polu „**Opis**”: „**Inne istotne leki przyjmowane przez pacjenta: „xyz”**” – gdzie „xyz” to wybrane nazwy leków wybrane przez kierownika zespołu ratownictwa medycznego ze słownika leków.

Poniżej wyświetla się podsekcja „**Istotne choroby towarzyszące**”. Pola „**przebyte udary w przeszłości**”, „**padaczka**”, „**migotanie przedsionków**”, „**nowotwór**”, „**poważny uraz**”, „**zabiegi operacyjne w ostatnich 3 miesiącach**” są obowiązkowe. Oznaczenie „**TAK**” powoduje wyświetlenie nieobowiązkowego pola na zapisanie szczegółów.

W przypadku oznaczenia w podsekcji „**Istotne choroby towarzyszące**” któregoś przycisku jako „**TAK**” w polu „**Opis**” dodawana jest właściwa treść: „**Pacjent choruje na padaczkę.**” Przy wypełnieniu pola na szczegóły dodawana jest treść: „**Pacjent choruje na padaczkę (o nieznannej etiologii).**”. Oznaczenie pól jako „**NIE**”, nie dodaje treści do pola „**Opis**”.



Poniżej wyświetlana jest sekcja „**Samodzielność**”. Oznaczenie pola jest obowiązkowe. W przypadku oznaczenia „**TAK**” w polu „**Opis**” dodawana jest treść: „*Pacjent przed wystąpieniem objawów był osobą samodzielną.*”. W przypadku oznaczenia „**NIE**” w polu „**Opis**” dodawana jest treść: „*Pacjent przed wystąpieniem objawów nie był osobą samodzielną.*”. Poniżej wyświetlana jest podsekcja „**Kontakt**”. Sekcja jest nieobligatoryjna. Uzupełnienie któregoś z numerów telefonu powoduje dodanie w polu „**Opis**” właściwego komentarza z numerem.

Przykładowa pełna treść pola „Opis”: *Podczas MCR stwierdzono objawy świeżego udaru mózgu. Początek wystąpienia objawów: 2025-07-14 09:15. W badaniu udarowym stwierdzono: niedowład kończyny górnej lewej oraz kończyny dolnej lewej, asymetrię twarzy w postaci opadającego lewego kącika ust, całkowity brak kontaktu słownego przy zachowanej przytomności, zaburzenia równowagi, nieustępujące zawroty głowy o nagłym początku. Pacjent przyjmuje leki przeciwkrzepliwie (xyz). Pacjent choruje na migotanie przedsionków (napadowe). Pacjent przed wystąpieniem objawów był osobą samodzielną. Numer do świadka objawów: xyz.*

W przypadku oznaczenia w podsekcji „**Niedowład/porażenie**” pola „**Objawy świeżego udaru mózgu**” jako „**TAK**”, w podsekcji: „**Czy pacjent znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego?**”, automatycznie zostaje oznaczone pole „**TAK**”. Ponadto walidowane są jako obowiązkowe pola „**Stężenie glukozy**”, „**Temperatura**” oraz „**Ciśnienie tętnicze**”.

Czy pacjent znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego?

TAK ✓ NIE

Opis

[Empty text area for description]

Rozpoznanie główne:

KOD ICD10 ...

Rozpoznanie współistniejące 1:

KOD ICD10 ...

Rozpoznanie współistniejące 2:

KOD ICD10 ...

W przypadku oznaczenia w podsekcji „**Niedowład/porażenie**” pola „**Objawy świeżego udaru mózgu**” jako „**TAK**”, podczas walidacji KMCR sprawdzane jest czy w sekcji „**Rozpoznanie**” w którymkolwiek rozpoznaniu wskazane jest przynajmniej jedno wskazujące, że pacjent przechodzi świeży udar mózgu (przedział I61-I64). W przypadku niewykrycia takiego rozpoznania użytkownik otrzymuje komunikat o niepowodzeniu sprawdzania dokumentu, a w liście błędów widnieje zapis: „*Należy wybrać przynajmniej jedno rozpoznanie świadczące o świeżym udarze mózgu.*”.

W przypadku oznaczenia w podsekcji „**Niedowład/porażenie**” pola „**Objawy świeżego udaru mózgu**” jako „**TAK**”, nad sekcją „**Zalecenia/inne istotne informacje dotyczące okoliczności realizacji zlecenia przez zespół ratownictwa medycznego**” zostaje wyświetlona podsekcja dotycząca prenotyfikacji. Sekcja jest obligATORYJNA, a jej niewypełnienie skutkuje komunikatem w trakcie walidacji KMCR.



Prenotyfikacja pacjenta z objawami świeżego udaru mózgu:

TAK NIE

Zalecenia / inne istotne informacje dotyczące okoliczności realizacji zlecenia przez zespół ratownictwa medycznego

W przypadku oznaczenia w podsekcji „**Prenotyfikacja pacjenta z objawami świeżego udaru mózgu**” jako „**TAK**”, w podsekcji „**Zalecenia/inne istotne informacje dotyczące okoliczności realizacji zlecenia przez zespół ratownictwa medycznego**” zostaje dodany zapis o treści: „**Wykonano prenotyfikację pacjenta z objawami świeżego udaru mózgu.**”.

Prenotyfikacja pacjenta z objawami świeżego udaru mózgu:

TAK NIE

Powód niewykonania prenotyfikacji:

xyz

Zalecenia / inne istotne informacje dotyczące okoliczności realizacji zlecenia przez zespół ratownictwa medycznego

W przypadku oznaczenia w podsekcji „**Prenotyfikacja pacjenta z objawami świeżego udaru mózgu**” jako „**NIE**”, poniżej zostaje wyświetlone obowiązkowe pole tekstowe „**Powód niewykonania prenotyfikacji**”. Po uzupełnieniu pola w podsekcji „**Zalecenia/inne istotne informacje dotyczące okoliczności realizacji zlecenia przez zespół ratownictwa medycznego**” zostaje dodany zapis o treści: „**Nie wykonano prenotyfikacji pacjenta z objawami świeżego udaru mózgu z powodu: xyz.**” - gdzie „xyz” to opis z pola: „**Powód niewykonania prenotyfikacji**” wprowadzony przez kierownika zespołu ratownictwa medycznego.

Przypadki użycia***

I. Podstawowy przebieg operacji:

1. Użytkownik w sekcji „**Niedowład / porażenie**” zaznacza pole „**Objawy świeżego udaru mózgu**” na „**TAK**”.
2. System automatycznie wyświetla podsekcję „**Objawy świeżego udaru mózgu**” oraz pola dotyczące czasu wystąpienia objawów.
3. Użytkownik oznacza, czy znany jest czas wystąpienia objawów:
 - a) jeżeli „**TAK**” → wprowadza datę i godzinę wystąpienia objawów,
 - b) jeżeli „**NIE**” → wprowadza datę i godzinę, kiedy pacjent był ostatni raz widziany bez objawów.
4. System automatycznie uzupełnia pole „**Opis**” o odpowiedni komunikat.
5. Użytkownik przechodzi do podsekcji „**Badanie udarowe**” i zaznacza występujące objawy kliniczne (np. asymetria twarzy, niedowład kończyny, zaburzenia mowy, zawroty głowy).
6. System wymusza oznaczenie przynajmniej jednego objawu jako „**TAK**” i ewentualne wskazanie strony (prawej/lewej).
7. Na podstawie zaznaczonych pól system automatycznie generuje spójny opis kliniczny w polu „**Opis**”.
8. Użytkownik w podsekcji „**Pozostałe**” ustala czy pacjent przyjmuje leki przeciwkrzepliwie:
 - a) jeżeli „**TAK**” → system wyświetla obowiązkowe pole do wpisania nazwy leku, a w polu „**Opis**” dodana zostaje właściwa treść,
 - b) jeżeli „**NIE**” → system w polu „**Opis**” dodaje komunikat o tym, że pacjent nie przyjmuje leków przeciwkrzepliwych.
9. W dalszej części podsekcji „**Pozostałe**” użytkownik ustala, czy pacjent choruje na inne choroby towarzyszące. Użytkownik przy określeniu „**TAK**” przy danej jednostce chorobowej może



- uzupełnić nieobligatoryjne pole szczegółów. Twierdzące zaznaczenie danej choroby dodaje odpowiedni komunikat w polu „**Opis**”.
10. Następnie użytkownik dokonuje wskazania, czy pacjent przed wystąpieniem objawów był osobą samodzielną. Pole jest obligatoryjne, a jego uzupełnienie generuje właściwą treść w polu „**Opis**”.
 11. Po oznaczeniu udaru system automatycznie ustawia pole „**Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego**” na wartość „**TAK**” i wymusza uzupełnienie parametrów: ciśnienie tętnicze, glikemia, temperatura.
 12. W dalszej części system wyświetla podsekcję „**Prenotyfikacja pacjenta z objawami świeżego udaru mózgu**”.
 13. Na końcu podsekcji „**Pozostałe**” użytkownik ma możliwość wskazania numeru kontaktowego do świadka wystąpienia objawów i/lub osoby bliskiej.
 14. W przypadku gdy użytkownik wybiera:
 - a) „**TAK**” → system dodaje w podsekcji „**Zalecenia**” wpis: „Wykonano prenotyfikację pacjenta z objawami świeżego udaru mózgu.”,
 - b) „**NIE**” → system wymusza uzupełnienie pola „**Powód niewykonania prenotyfikacji**”, a wpisana treść zostaje automatycznie dodana do opisu.
 15. W sekcji „**Rozpoznanie**” użytkownik wskazuje kod ICD-10 odpowiadający świeżemu udarowi mózgu (np. I61–I64).
 16. System weryfikuje kompletność danych i umożliwia walidację KMCR.

II. Alternatywny przebieg operacji:

1. Użytkownik oznacza pole „**Objawy świeżego udaru mózgu**” jako „**NIE**”.
2. Sekcje dotyczące czasu wystąpienia objawów, badania udarowego i prenotyfikacji nie są wyświetlane.
3. Użytkownik może kontynuować wypełnianie innych części KMCR bez obowiązku wprowadzania danych specyficznych dla udaru.
4. Walidacja KMCR nie wymaga oznaczenia rozpoznania udaru.

Uzasadnienie

1. **Potrzeba standaryzacji przedszpitalnego procesu „identyfikacja → prenotyfikacja”**

Wczesna identyfikacja udaru i przedszpitalna prenotyfikacja ośrodka udarowego skracają czasy „od drzwi do obrazowania i interwencji”, zwiększając odsetek chorych kwalifikowanych do leczenia reperfuzyjnego (IVT/EVT). Liczne badania obserwacyjne i przeglądy wskazują, że wdrożenie schematów prenotyfikacji przez ZRM istotnie redukuje opóźnienia i poprawia wskaźniki jakości opieki ostrodławowej. [1] Zgodnie z przeglądem AHA/ASA dot. opieki przedszpitalnej, zintegrowane systemy ZRM-szpital wspierające prenotyfikację są elementem składowym skutecznych „stroke systems of care”. [2]

2. **Krytyczne dane kliniczne wymagające wymuszenia**

Czas początku objawów / „last known well” (LKW) – to warunek kwalifikacji do IVT/EVT i podstawowy parametr jakości w rejestrach udarowych. Wymóg jednoznacznego udokumentowania LKW jest standardem (zalecenia kliniczne i definicje jakości). [3]

Parametry życiowe + glikemia kapilarna – hipoglikemia i hiperglikemia są częstymi objawami błędnie wskazującymi udaru; szybki pomiar glukozy i podstawowych parametrów jest obowiązkowy w triage przedszpitalnym. [4]

Leki przeciwkrzepliwie / migotanie przedsionków – status przeciwkrzepliwych i obecność AF wpływają na kwalifikację do IVT, wybór dawki/strategii oraz ryzyko krwawienia; dlatego pola te muszą być obligatoryjne. (ESO/AHA wprost akcentują ustrukturyzowane zbieranie tych danych). [2]



3. Ustrukturyzowana ocena neurologiczna i selekcja chorych z podejrzeniem niedrożności dużych naczyń (LVO)

Dodanie obowiązkowej podsekcji „**Badanie udarowe**” z wymogiem zaznaczenia co najmniej jednego objawu zwiększa trafność rozpoznania oraz umożliwia celowaną prenotyfikację do ośrodków EVT. Walidacje terenowe i porównawcze pokazują dobrą czułość/swoistość skal w identyfikacji LVO. [5]

4. Zgodność z wytycznymi i trendami organizacyjnymi

Projekt jest spójny z zaleceniami AHA/ASA i ESO w zakresie wczesnego rozpoznawania, minimalnego zestawu danych przedszpitalnych, priorytetyzacji prenotyfikacji i integracji łańcucha opieki (ZRM–SOR–oddział udarowy/angio). [2]

5. Walidacje i kontrola jakości – logika pól i automatyzacje [2]

Automatyczne uzupełnianie pola „Opis” z pól strukturalnych zwiększa spójność dokumentacji i ogranicza braki. Podejście jest ukierunkowane na standaryzację procesów i danych jakościowych.

Powiązanie flagi „świeży udar” z wymuszeniem prenotyfikacji oraz jakościowej walidacji danych uzyskanych z badania podmiotowego i przedmiotowego.

Walidacja rozpoznań ICD-10 – sugerowane zawężenie do kodów ostrych (I61–I64) eliminuje niejednoznaczności.

6. Podsumowanie

Proponowana modyfikacja jest uzasadniona naukowo i organizacyjnie: wspiera zgodność z międzynarodowymi wytycznymi, wymusza rejestrację krytycznych danych czasowych i klinicznych, formalizuje prenotyfikację oraz tworzy podstawę do monitorowania jakości w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne. Wdrożenie powinno przełożyć się na krótsze czasy leczenia i wyższy odsetek pacjentów leczonych reperfuzyjnie, co potwierdzają dane z badań i rejestrów.

7. Literatura

[1] C. B. Lin, E. D. Peterson, E. E. Smith, Emergency Medical Service Hospital Prenotification Is Associated With Improved Evaluation and Treatment of Acute Ischemic Stroke, 2012, Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 5(4):514–522, DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.112.965210

[2] K. S. Zachrison, V. M. Nielsen, N. Perez de la Ossa, Prehospital Stroke Care Part 1: Emergency Medical Services and the Stroke Systems of Care, 2023, Stroke, 54(4): 1069–1084, DOI: 10.1161/STROKEAHA.122.039586

[3] N. G. Ferrone, M. X. Sanmartin, J. O'Hara, Ten-Year Trends in Last Known Well to Arrival Time in Acute Ischemic Stroke Patients: 2014 to 2023, 2025, Stroke, 56(3): 734–742, DOI: 10.1161/STROKEAHA.124.049169

[4] N. K. Guber, K. A. Sporer, K. Z. Guluma, Acute Stroke: Current Evidence-based Recommendations for Prehospital Care, 2016, Western Journal of Emergency Medicine, 17(2):104–128, DOI: 10.5811/westjem.2015.12.28995



[5] N. Pérez de la Ossa, D. Carrera, M. Gorchs, Design and Validation of a Prehospital Stroke Scale to Predict Large Arterial Occlusion: The Rapid Arterial Occlusion Evaluation Scale (RACE), 2014, Stroke, 45(1):87–91, DOI: 10.1161/STROKEAHA.113.003071

STANOWISKO MZ oraz KCMRM

Data wpływu**	DD/MM/RRRR	Numer zgłoszenia	00/MM/RRRR		
Przedstawiciel MZ**	Imię i nazwisko	Stanowisko			
Wstępna ocena MZ**	pozytywna / negatywna	Priorytet	1/2/3		
Uzasadnienie ¹⁾ MZ**					
Zatwierdził w MZ**	Imię i nazwisko				
Data przekazania do oceny do KCMRM**	DD/MM/RRRR				
Opinia KCMRM****	pozytywna / negatywna	Priorytet*****	1/2/3	Wersja	1.0/2.0/3.0
Uzasadnienie ¹⁾ KCMRM ****					
Zatwierdził w KCMRM****	Imię i nazwisko				
Data przekazania wstępnej analizy do MZ****	DD/MM/RRRR				
Decyzja MZ**	do realizacji/ odrzucone	Priorytet*****t	1/2/3	Wersja	1.0/2.0/3.0
Uzasadnienie MZ ¹⁾ **					
Zatwierdził w MZ**	Imię i nazwisko				
Data przekazania do realizacji do KCMRM**	DD/MM/RRRR				

* Pole wypełnia użytkownik.

** Pole wypełnia Ministerstwo Zdrowia.

*** Przypadek użycia - opis sposobu w jaki system powinien być używany przez użytkownika w celu osiągnięcia konkretnego celu.

**** Pola wypełniane przez KCMRM w przypadku pozytywnej wstępnej oceny wydanej przez MZ.

***** 1 – Wysoka ważność,
2 – Średnia ważność,
3 – Niska ważność.

¹⁾ Uzasadnienie do stanowisk MZ i KCMRM jest sporządzane obligatoryjnie wyłącznie w razie opinii negatywnej lub częściowo negatywnej.

¹⁾ Uzasadnienie do stanowisk MZ i KCMRM jest sporządzane obligatoryjnie wyłącznie w razie opinii negatywnej lub częściowo negatywnej.



Ministerstwo
Zdrowia

Procedura
zgłaszania nowych funkcjonalności i modyfikacji
funkcjonalności już zaimplementowanych w SWD PRM

Data wprowadzenia:
24.10.2025

Wersja: 5.0