

2018

JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI BAKIMI ALGORİTMALARI



JÖAK

Jandarma Komando Özel Asayiş ve Kurtarma Tugay Komutanlığı
Gendarmerie Commando Special Operations and Rescue Brigade Command

**JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI BAKIMI
(JTMYB)**

EDİTOR:
AHMET SÖNMEZ
J.SAĞ.ASB.KD.ÜÇVŞ. / JÖAK

DANIŞMANLAR & KATKIDA BULUNANLAR

Coşkun KANŞAT
DR, E.J.Tbp.Bnb.

Evren ŞENOL
DR, J.Tbp.Kd.Yzb.
Diyarbakır J.Blg.K'lığı

Nurdan KAMİLÇELEBİ
Uzm.Dr,Kanuni E.A.H. Anestezi

BAYRAM GEZER
SAĞ.ASB.ÜÇVŞ/ÖZ.KUV.K'LİĞİ

REYYAN GENÇ
Prm. / Ankara İl Sağ. Md'lüğü

Bedir İslam GÜLER
Prm / Ankara İl Sağ. Md'lüğü

Hüseyin AYHAN
Gazi J.Binbaşı / JÖAK

İlbey ERDİVAN
J.Bçvş. / JÖAK

Telif Hakkı Bildirimi:

Bu yayın Jandarma Komando Özel Asayiş ve Kurtarma Tugay Komutanlığı (JÖAK) tarafından izin alınmadan kullanılamaz, çoğaltılamaz ve basılamaz. Dost ve müttefik orduların izin alması durumunda belirlenecek duruma göre kullanımına sunulmasına izin verilir. Aksi halde yayının tüm hakları JÖAK tarafından saklı tutulur.



JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI BAKIMI (JTMYB)



ÖNSÖZ

Her an gelişen ve yenilenen bilgi çağında savaş konjonktüründe önemli ölçüde değişiklikler göstermektedir. Günümüzde ağır yaralı bir asker Kıbrıs Barış Harekatı kadar yakın bir tarihte yaralanan askere göre iyileşme bakımından daha fazla şansa sahiptir. Kısacası konvansiyonel savaşların taktiksel gelişimine karşı yaralanmalarında taktiksel olarak gelişimini ve tedavisini takip etmek zorundalığı ortaya çıkmaktadır.

Yakın zamanda ülkemizde meydana gelen hendek/barikat olaylarında meskun mahal çatışmalarını yakından yaşamış ve şehitlerimizin ölüm nedenlerini ders almak adına inceleme zorunluluğumuz ortaya çıkmıştır. Bu perspektifte yaklaştığımızda kayıplarımızın birinci nedeninin kanama olduğunu açıkça görmekteyiz.

Muharebelerde önlenabilir ölüm oranını azaltmak için yaralanmadan sonraki ilk beş dakikanın altın zaman olduğunu akıllardan çıkarmamalı, eğitimin önemine, ekip ruhunun tesisine ve koordinasyonun tam anlamıyla sağlanmasına azami özen gösterilmelidir.

Hastane öncesi ilk müdahalelerin doğru taktik ve tekniklerle akılcı yapıldığında önlenabilir ölüm oranlarımızın ciddi bir şekilde azalacağını her personel ve lider aklından çıkarmamalı eğitimlerde azami disiplin ve gayreti göstermelidir.

Mustafa BAŞOĞLU

Tuğgeneral

JÖAK Tugay K.



TEMEL YÖNETİM PLANLARI 2018

ATEŞ ALTINDA BAKIM İÇİN TEMEL YÖNETİM PLANI

Ateşi Bastır ve Mevzi Al

Mümkünse yaralı personelin muharebeye devam etmesini sağlayın.

Yaralıyı kendi kendisine müdahale etmesi için yönlendirin .

Yaralının ek yaralar almasını önlemeye çalışın.

Taktiksel olarak mümkünse hayatı tehdit eden dış kanamaları durdurun:

- Mümkünse kendi kendine müdahale etmesi için yönlendirin.

Ekstremiteler kanaması için uygun bir turnike kullanın.

- Yaraları kapatın.

Havayolu yönetimi genellikle Taktik Saha Bakımı evresine kadar ertelenir.

Taktik Saha Bakımı İçin Temel Yönetim Planı

Çevre güvenliğini sağlayın. Durumsal farkındalığı koruyarak bakıma başlayın.

Birden fazla yaralı varsa triyaj yapın. Bu evrede mental durum değişikliği olan yaralıları silahlarından ve patlayıcılardan ayırarak kritik silahları yeniden dağıtın ve iletişimi sağlayın.

Ağır Kanamalar

Tüm Kanamalar için değerlendirme yapın ve hayatı tehdit eden kanamaları

DURDURUN.

Gerekirse bir veya daha fazla uygun turnikeyi kol ve bacak için kullanın.

Turnikeden sonra yarayı kapatmak için hemostatik ajan kullanın.

Kanama kontrol edilemediyse ve kanama yeri uygunsa junctional turnike kullanın.

Havayolu Yönetimi

Havayolu tıkanıklığı olan bilinçsiz yaralıda:

- Baş / Çene Manevrası uygulayın.
- Nazofarengeal havayolu takın.
- Yaralıyı kurtarma pozisyonuna getirin.

Havayolu tıkanmış veya tıkanmak üzere olan yaralıda:

- Bilinci yerinde olan yaralıda havayolunu en iyi açık tutacak pozisyona gelmesine izin verin.
- Baş/Çene manevrası uygulayın
- Nazofarengeal havayolu takın.
- Bilinçsiz yaralıyı kurtarma pozisyonuna getirin.

Tüm önlemler başarısız olursa aşağıdaki tekniklerden birini kullanarak cerrahi krikiroidotomi yapın:

- CricKey tekniği
- Bougie-aided açık cerrahi tekniği
- Standart açık cerrahi teknik

Yaralının bilinci açıksa lidokain kullanın.



TEMEL YÖNETİM PLANLARI 2018

Taktik Saha Bakımı İçin Temel Yönetim Planı Devamı

Solunum/Nefes

Artan solunum sıkıntısı ve bilinen/düşünülen göğüs travması mevcut yaralıda tansiyon pnömotoraks düşünün:

- Göğsün yaralanan tarafındaki basıncı azaltın.
- Açık veya emici göğüs yaralanması varsa:
- Göğüs kapaması kullanın.
- Pnömotoraks tıkaçı kullanın.
- Solunum zorluğu varsa iğne dekompresyonu uygulayın.

Pulseoksimetreyle izleyin.

Tansiyon pnömotoraksı izleyin.

Oksijen saturasyonunu yüzde 90'ın üzerinde tutmak için ek oksijen verilmesi gerekebilir.

Dolaşım - Kanama

Şiddetli patlamadan kaynaklı künt pelvik travması olan yaralılar için pelvisi sabitleyin.

Turnike uygulamasını tekrar gözden geçirin:

- Yarayı açık bakın ve turnike gerekliliğini belirleyin. Eğer kanamayı durdurmak için turnike gerekiyorsa turnikeyi uygulayıp iyice sıkın.
- İlk turnike kanamayı kontrol etmek için yetersiz kalırsa ikinci bir turnikeyi ilk turnikenin hemen yanına sıkıca uygulayın.

Amputasyonlarda turnikeleri sıkıca sabitleyip kanama kontrolü yaptığınızdan emin olduktan sonra mutlaka belirli aralıklarla turnikelerin kanamayı kestiğini kontrol edin.

Kanamaları diğer yollardan kontrol edebiliyorsanız turnikeyi iki saatten fazla kullanmayın.

Turnikelerde ilk uygulama, açma, kapama, değiştirme gibi işlemlerin hepsinde saati karta not etmeyi unutmayın .

Dolaşım - IV/IO Erişim

18-gauge (Yeşil) intraket ile damaryolu erişimini başlatın.

IV erişime sağlayamıyorsanız IO erişimi düşünün.

Dolaşım – Transamine (TXA)

Yaralıda kanama ağır şekilde seyrediyorsa 10 ml Transamine (TXA) 100 ml SF veya LR içerisinde 10 dakikada gidecek şekilde uygulayın. Yaralanmadan 3 saat geçmişse TXA UYGULAMAYIN.

Dolaşım – Sıvı Resisütasyonu

Hemorajik Şok için değerlendirme yapın:

- Eğer şok yoksa yaralının bilinci açık ve yutabiliyorsa oral sıvılara izin verin.
- Şok varsa resisütasyon için:

Tam Kan (tercih edilen) veya
Plazma, Kırmızı kan ve plateletler (1:1:1)
veya

Plazma ve Kırmızı Kan (1:1) veya
Plazma veya kan ürünleri mevcut değilse
Hextend veya Laktatlı Ringer veya Plazma-Lyte-A

İyi palpe edilen radyal nabız, açık bilinç veya sistolik tansiyon 80-90 mm/hg olana kadar sıvı resisütasyonuna devam edin. Bu belirtilerden bir veya daha fazlası oluştuğunda sıvıları durdurun. Şokun tekrarlaması durumuna karşı yaralıyı sık sık değerlendirin. Şok tekrarlırsa tüm kanamaların kontrol altında olduğundan emin olun ve sıvı resisütasyonunu tekrarlayın.



TEMEL YÖNETİM PLANLARI 2018

Taktik Saha Bakımı İçin Temel Yönetim Planı Devamı

Hipotermi Önleme

Yaralının çevresel maruziyetini en aza indirin ve ısı tutulumunu arttırmaya çalışın.

Mümkünse koruyucu ekipmanları kullanın. Islak kıyafetleri çıkartın.

Elinizde hiçbirşey yoksa kuru battaniye, uyku tulumlarını kullanın. Yaralıyı kuru ve sıcak tutun.

Sıcak IV sıvıları tercih edin.

Penetran Göz Travması – Eğer bir göz travması varsa:

Görme keskinliği için hızlı bir saha testi yapın.

Gözü sert bir göz kapaması ile örtün (basınç uygulamayın)

İzleme - Mümkünse ve olanak varsa hayati bulguları elektronik olarak izleyin. (Pulseoksimetre,Portatif EKG)

Ağrı Yönetimi, Analjezi

Muharebe Alanında Analjezi genel olarak üç seçenekten biriyle yapılmalıdır:

Hafif ve orta ağrılı muharebeye devam edebilen ve oral yoldan yutabilen yaralılar :

-Oral yoldan alınan ağrı kesicileri kullanın

Şokta olmayan orta şiddetli ve şiddetli ağrılı yaralılar:

-Oral yoldan Morfin 15 mg tablet

Solunum sıkıntısı veya hemorajik şok olan Şiddetli ağrılı yaralılar:

-Ketamin 50mg IM 30 dk bir tekrar

VEYA

-Ketamin 20mg Yavaş IV veya IO 20 dk da bir tekrar

*Son nokta Ağrı kontrolü veya Nistagmus Gelişimi.

*Bulantı/kusmaya karşı 4 mg Metoklorpamid 8 saatte bir tekrarlanır.

Antibiyotikler

Oral yoldan alabiliyorsa, Moxifloxacin 400mg tablet günlük.

Oral yoldan alamıyorsa, Ertapenem 1 gram IV/IM günlük.

Yaralar

Bilinen yaraları inceleyin ve kapatın.

Ek yaralanmaları kontrol edin.

Yanıklar

Solunum yolunun durumu ve soluma hasarı için yüz/boyun yanıklarını sıklıkla kontrol edin .

Toplam Vücut Yüzey Alanını (TVYA) en yakın %10a göre hesaplayın.

Yanık alanları kuru steril pansumanlarla örtün..

Sıvı Resisütasyonu (9 lar kuralı):

-TVYA % 20den fazlaysa IV/IO sıvı resisütasyonuna LR veya SF veya Hextend ile başlayın.Hextend kullanıyorsanız 1000 ml yi geçmeyin.

-40-80 kg yetişkinler için başlangıç IV/IO sıvı oranı: %TVYA X 10ml/saat (80 kgden sonraki her 10kg için 100 ml/saat arttırın.)

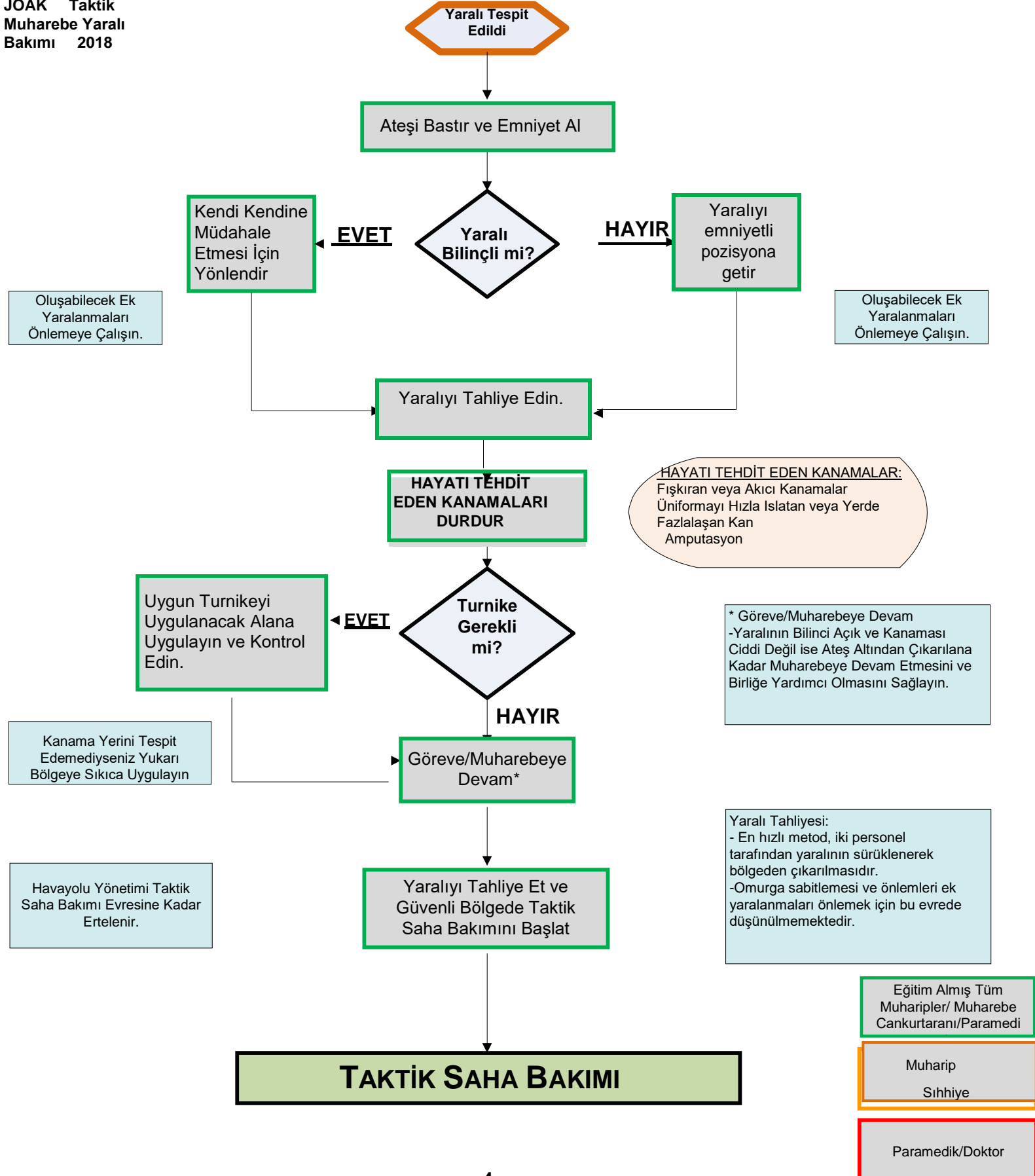


JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI MÜDAHALESİ ALGORİTMALARI



ATEŞ ALTINDA BAKIM

JÖAK Taktik
Muharebe Yaralı
Bakımı 2018





JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI MÜDAHALESİ ALGORİTMALARI



TAKTİK SAHA BAKIMI

Çevre Güvenliğini Sağlayın.
Durumsal Farkındalığı Koruyun.

Triyaj Uygulayın.

Yaralıda Zihinsel Durum Değişikliği Varsa:
- Silahlarından Arındırın ve Emniyete Alın.
- Güvenli İletişimi Sağlayın.
- Görevin Özelliğine Göre Silahlarını Dağıtın.

Triyaj Uygularken Alanın
Güvenliğini Sağlayın

AĞIR KANAMALAR

Kontrolsüz
Ağır Dış Kanama
Veya Travmatik
Amputasyon
Mevcutmu ?

HAYIR

EVET

Turnike Uygun mu?

EVET

Daha önce uygulamış olduğunuz turnikeyi sıkılaştırın veya kanamayı kontrol etmek için ikinci turnikeyi uygulayıp kontrol edin.

EVET

Kanama Kontrol Edildi mi?

HAYIR

Hemostatik Kanama Durdurucu Ajan Kullanın.

Baş Yaralanması
Boyun Yaralanması
Eklem Yaralanması

Minimal Kanamayı Değerlendirdikten
Sonra Havayolu ve Solunum Yönetimi

Junctional Turnike Kullanın.

EVET

Junctional Turnike Uygun mu?

HAYIR

EVET

Kanama Kontrol Edildi mi?

HAYIR

Hemostatik Ajan ve Direk Basınç Uygulayacak Basıncılı Bandaj Kullanın.

TAKTİK SAHA BAKIMI DEVAM

Eğitim Almış Tüm
Muharipler/ Muharebe
Cankurtaranı/Paramedik

Muharip Sıhhiye
Paramedik

Paramedik/Doktor

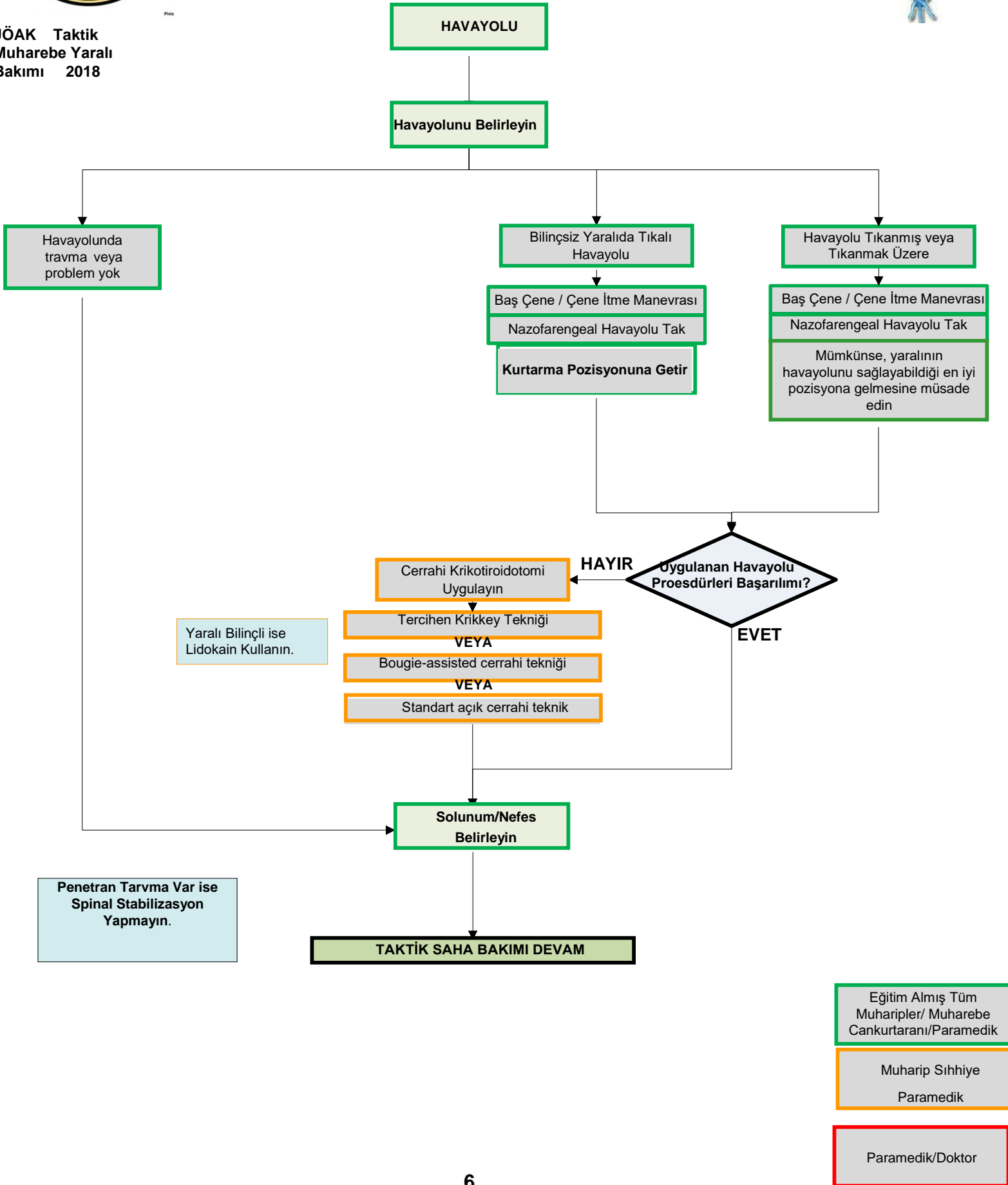


JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI MÜDAHALESİ ALGORİTMALARI



TAKTİK SAHA BAKIMI DEVAMI

JÖAK Taktik
Muharebe Yaralı
Bakımı 2018



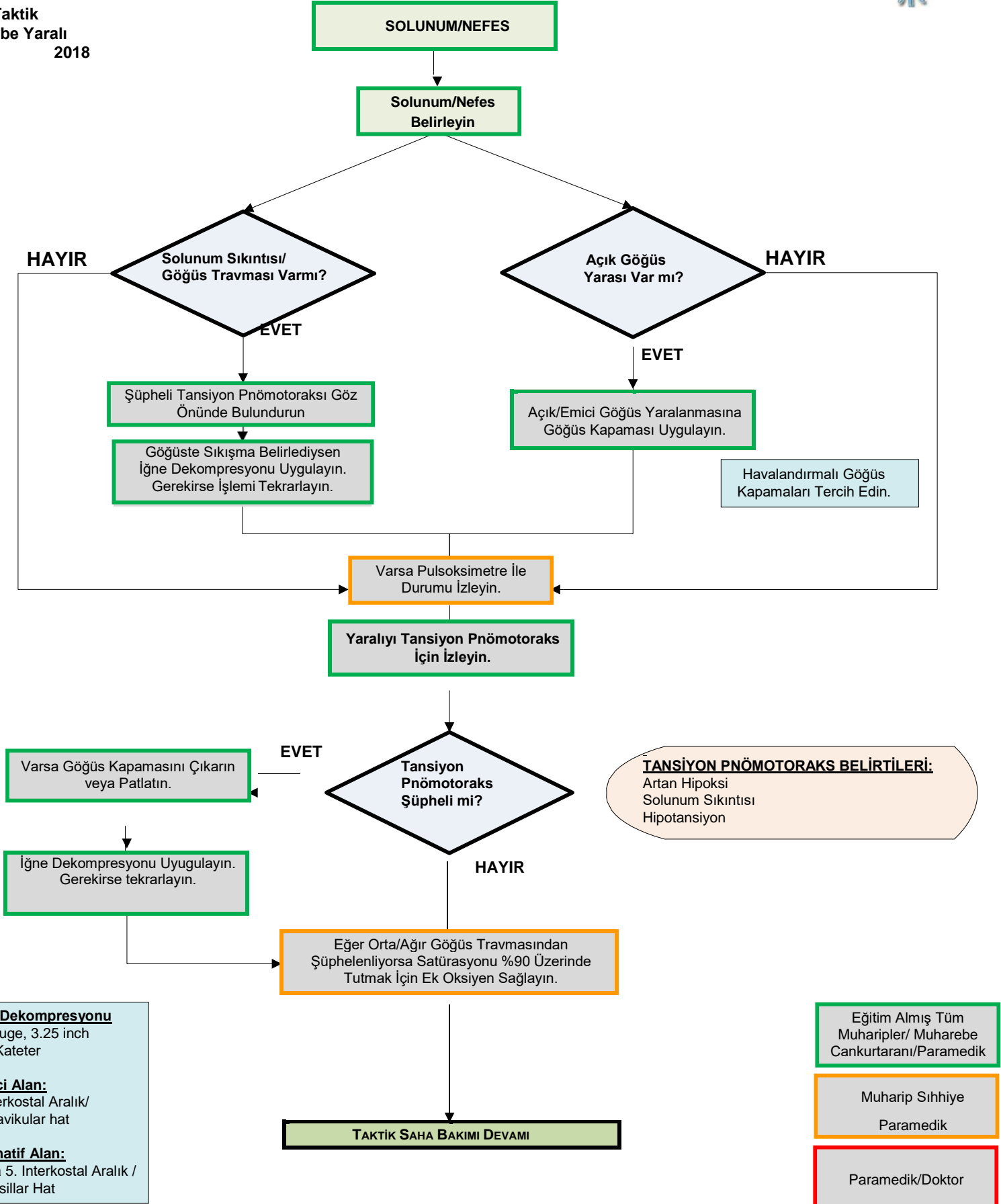


JÖAK TACTİK MUHAREBE YARALI MÜDAHALESİ ALGORİTMALARI



TACTİK SAHA BAKIMI DEVAMI

JÖAK Taktik
Muharebe Yaralı
Bakımı 2018





JÖAK
Muharebe
Bakımı 2018

Taktik
Yaralı
Bakımı

JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI MÜDAHALESİ ALGORİTMALARI

TAKTİK SAHA BAKIMI DEVAMI



DOLAŞIM
(KANAMA)

Kanama Yönetimi

Pelvisi Sabitleyin

Pelvis Sabitleme
Gerekli mi?

E VET

HAYIR

Uygulanan turnikeleri tekrar gözden
geçir.

Uygulanan hemostatik ajanları/bandajları
tekrar gözden geçir.

Pelvis Sabitleme Kriterleri(Patlama ve Şiddetli
Künt Travma):
-Pelvik Bölge Ağrısı
-Herhangi Bir Alt Ekstremitte Amputasyonu
-Fizik Muayenede Pelvis Kırığı Belirtisi
-Bilinçsizlik veya Şok

Turnikenin Gerekli
Olmadığı Kriterler:

- Küçük Kesiler
- Doku Yüzey Aşınmaları
- Basınçlı Bandajla Kontrol
Edilebilen Kanamalar

Diş yaralanmaları
Açığa çıkar ve turnike
İhtiyacı varmı ?

HAYIR

EVET

Önceki Turnikeleri Yerde Bırakın.

İkinci Turnikeyi Yaralanın 5-7.5 cm
Üzerinden Birincinin Yanına Uygulayın.

İkinci Turnike Başarılı Şekilde
Yerleştirildikten Sonra Birinciye Gevşetin

Kanamayı başka yoldan
kontrol edebiliyorsanız
turnikeyi 2 saat sonra
gevşetin. Gerekliğinde tekrar
uygulamak için çıkarmadan
gevşetin. Turnikeyi 6 saatten
fazla kullanmayın

Turnikeyi
çıkarttığınız zamanı
yaralı kartına

Hemostatik ajanlarla veya
basınçlı bandajla kanamayı
kontrol altına alın.

Kanamayı yeniden değerlendirene
kadar azami 2 saat turnikeyi yerde
bırakın.

EVET

Kanamaya Kontrolü?

HAYIR

Yaralı şokta değilse ve amputasyon
yoksa yaralanın kanamasını turnikeyi
gevşetmek suretiyle 2 saatte bir kontrol
edin. Turnike 6 saatten fazla zamandır
uygulanmamışsa yerinden
çıkartmayın.

Birinci turnikeyi ikinci turnikenin
yanına yaklaşdırın ve uç nabızlar
hissedilmeyinceye kadar sıkıştırın.

Turnikeyi çıkarttığınız
zamanı mutlaka yaralı
kartına not edin.

Turnikeyi yeniden
uygulama zamanını yaralı
kartına not edin.

Gerekirse hemostatik
ajanlar ve basınçlı
bandajlarla kanamayı
kontrol edin.

Kanamaya için yaralı
yakından izleyin.

TAKTİK SAHA BAKIMI DEVAMI

Eğitim Almış Tüm
Muharipler/ Muharebe
Cankurtaranı/Paramedik

Muharip Sıhhiye
Paramedik

Paramedik/Doktor



JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI MÜDAHALESİ ALGORİTMALARI



TAKTİK SAHA BAKIMI DEVAMI

**DOLAŞIM
(ŞOK / SIVI RESİSÜTASYONU)**

Şoku Değerlendirin

Hemorajik Şok
Var mı?

HAYIR

EVET

Eğer şok yoksa IV sıvılar hemen
gerekli değildir.

Yaralı bilinçli ve yutabiliyorsa oral
sıvılara izin verebilirsiniz.

Sıvı resisütasyonu
(Tercih edilen sırayla/kombinasyonla)

Kan Ürünleri
Mevcut mu?

EVET

HAYIR

Tam Kan Transfüzyonu

Veya, yoksa

Plazma Platelets 1:1:1

Veya, yoksa

Plazma ve Kırmızı Kan

Veya, yoksa

Plazma(sulandırılmış,
Sıvı veya çözülmüş)
veya Kırmızı Kan
Hücreleri

Hextend 500 ml bolus

VEYA, yoksa

Laktatlı Ringer 500 ml
veya Plasma-Lyte A
500 ml bolus

Her 500 cc den sonra
yeniden değerlendirin.

Radiyal nabız
hissedilmesi, bilincin geri
gelmesi veya sistolik basıncı
80/90 mmhg ye gelene kadar
devam edin.

Hedef Sistolik Basıncı
90 mm/hg

İkinci 10 ml TXA 100 ml SF veya LR içerisinde
10 dk da gidecek şekilde verilir. Yaralanmanın
üzerinden 3 saat geçmişse TXA
UYGULAMAYIN.

Şok durumunu sıklıkla gözden geçirin.

TAKTİK SAHA BAKIMI DEVAMI

Şok Kriterleri:

- Bilinç Durumu Değişikliği (Travma Olmadan)
- Zayıf veya olmayan radial nabız

Sıvı resisütasyonu ve hipotermi
önleme mümkünse eşzamanlı
yürütülmelidir.

Şok tekrar gelişirse tüm kanama
kontrol mekanizmalarını gözden
geçirin. Sıvı resisütasyonunu
tekrarlayın.

Eğitim Almış Tüm
Muharipler/ Muharebe
Cankurtaranı/Paramedik

Muharip Sıhhiye
Paramedik

Paramedik/Doktor

JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI BAKIMI ALGORİTMALARI



JÖAK Taktik
Muharebe Yaralı
Bakımı 2018

TAKTİK SAHA BAKIMI DEVAMI

HİPOTERMİ ÖNLEME

- Yaralının çevreye maruziyetini en aza indirin. Isı tutulumunu artırın.
- Kişisel koruma ekipmanlarını kullanın.
- Mümkünse ıslak kıyafetlerini çıkartın.
- Mevcutsa Hipotermiyi önlemek için önerilen kitleri kullanın.
- Kuru battaniye uyku tulumlarını kullanın. Yaralıyı kuru tutun.
- Mümkün olursa elinizdeki sıvıları ısıtın.

Hipotermi önleme ve sıvı resistasyonu mümkünse eşzamanlı yürütülmelidir.

PENETRAN GÖZ TRAVMASI

Görme tespiti için hızlı saha testi yapın ve belgeleyin.

EVET

Penetran Göz Travması
Mevcut mü?

Gözü kapatın.
(BASINÇ UYGULAMAYIN)

Melox 400 mg Oral uygulayın.

HAYIR

Yaralıyı izleyin.

Yaralıyı izlemeye mümkün olduğunca erken başlayın.

Pulseoksimetreyi izlemin bir parçası olarak kullanabilirsiniz.

Yaşamsal bulguların kaydını başlatınız..

TAKTİK SAHA BAKIMI DEVAMI

Eğitim Almış Tüm
Muharipler/ Muharebe
Cankurtaranı/Paramedik

Muharip Sıhhiye
Paramedik

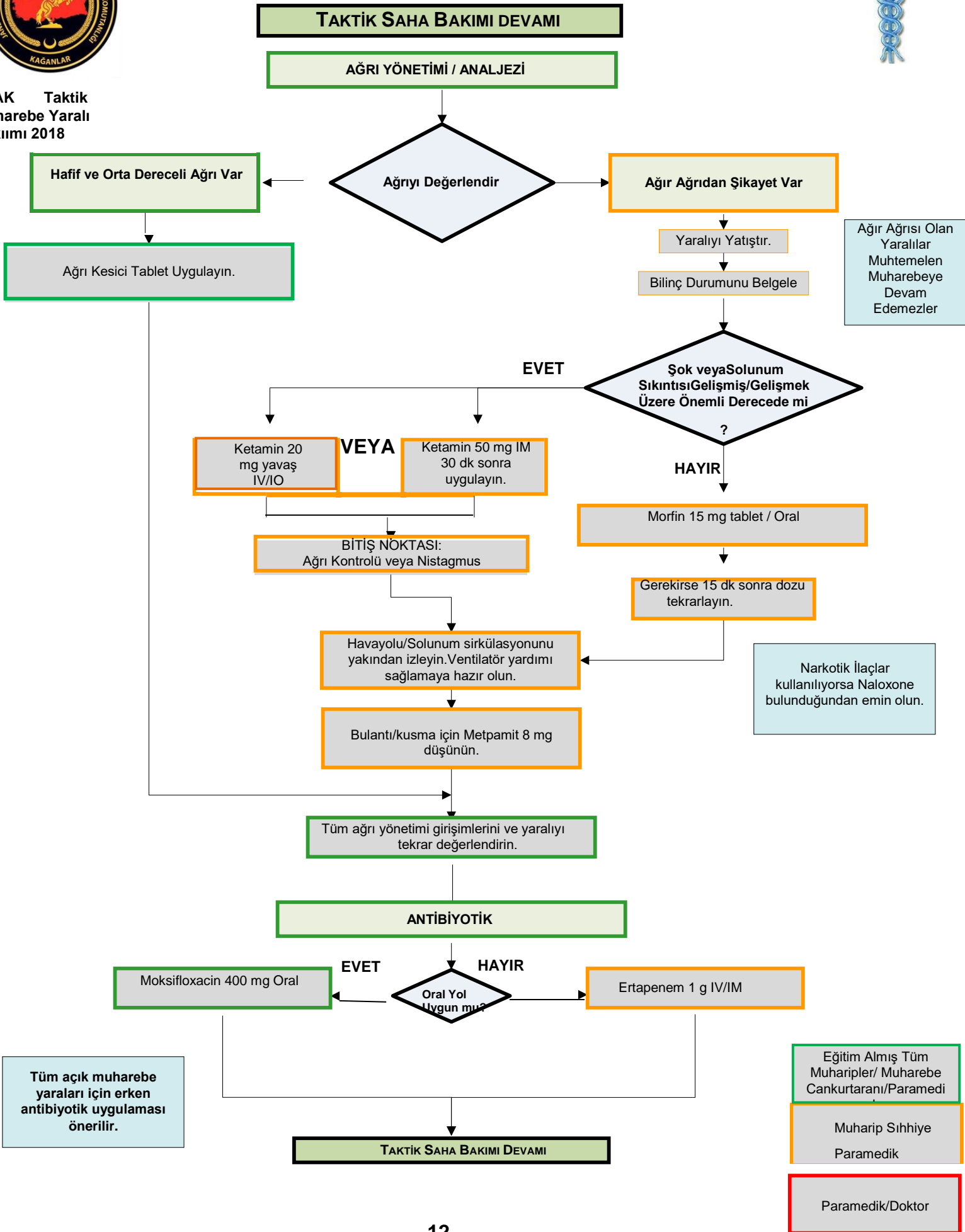
Paramedik/Doktor



JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI BAKIMI ALGORİTMALARI



JÖAK Taktik
Muharebe Yaralı
Bakımı 2018



JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI BAKIMI ALGORİTMALARI



JÖAK Taktik
Muharebe Yaralı
Bakımı 2018

TAKTİK SAHA BAKIMI DEVAMI

BİLİNEREN YARALARIN YENİDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

EK YARALARI KONTROL EDİN

Kanama Kontrolü ve Yaraları kapamak için Pansuman Yapın.

YANIKLAR

HAYIR

Yanık Varmı?

EVET

Havayolu Durumunu ve Oksijenlenmeyi Sıklıkla İzleyin.

EVET

Yüz/Boyun Yanığı?

HAYIR

Solunum Sıkıntısı veya Düşük Oksijenlenme için Erken cerrahi Havayolunu Düşünün.

Dokuzlar kuralını kullanarak en yakın % 10 luk TVYA yanığını hesaplayın.

Yanıklarda sıvı kaybı olacağını unutmayın.

Hipotermiyi Unutmayın.

Hemorajik Şokun Tedavisi, Yanık Tedavisinden Önceliklidir.

EVET

Akıcı Sıvı Resisütasyonu için LR, SF veya Hextend Sıvılarını Uygulayın.

Yanık >20%?

HAYIR

Yanık için Sıvı Hesaplama Kuralı:
%TVYA X 10 ml/saat yetişkinler için 40-80 kg (her 80 kg dan sonraki 10 kg için 100 ml/saat)

Yanıklarda sıvı resisütasyonu yaparken Hextend 1000 ml geçmez. Gerekirse LR veya SF ile devam edin.

KIRIKLARIN ATELLENMESİ

Kırıkların atellenmesi ve Uç Nabızların Kontrolü

TAKTİK SAHA BAKIMI DEVAMI

Eğitim Almış Tüm Muharipler/ Muharebe Cankurtaranı/Paramedik

Muharip Sıhhiye Paramedik

Paramedik/Doktor

JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI BAKIMI ALGORİTMALARI



JÖAK Taktik Muharebe Yaralı Bakımı 2018

TAKTİK SAHA BAKIMI DEVAMI

İLETİŞİM

Yaralılarla, taktik liderlerle ve tahliye profesyonelleriyle iletişim kurun.

Yaralı İle İletişim

Teşvik Edin, Bakımı Açıklayın
Güven Verin

Taktik Liderle İletişim

Tahliyenin Gerçekleşmesi İçin Koordinasyonu Sağlayın.

Birlikte Hareket Edin.

Tahliye Profesyonelleriyle İletişim

Mümkünse Tahliye İçin Gelecek Personelle İletişime Geçin.
Yaralanma Mekanizmalarını, Gereken Ekipmanları Bildirin.

Nabız, Solunum ve Diğer Hayati Bulgular Yoksa Resüsütasyona Başlayın.

**(CPR)
Göz Önünde Bulundurun**

Tansiyon Pnömotoraks için İğne Dekompresyonunu Uygulayın.

DÖKÜMANTASYON

Yaptığınız İşlemleri JÖAK Muharebe Yaralı Kartına Yazın.

TAKTİK SAHA BAKIMI DEVAMI

JÖAK MUHAREBE YARALI KARTI			
Yaralı Modülü (GEM) Veri : ● ● ● ●			
Bazı Kayıtlar :			
Yaralı Durumları :			
<input type="checkbox"/> Yaralı	<input type="checkbox"/> Yaralı Durumları Açık	<input type="checkbox"/> Yaralı	<input type="checkbox"/> Yaralı Durumları
<input type="checkbox"/> Yaralı Durumları Açık	<input type="checkbox"/> Yaralı Durumları Açık	<input type="checkbox"/> Yaralı Durumları	<input type="checkbox"/> Yaralı Durumları
Yaralı Durumları :			
AD	Yaş	Uygunluk	Not
Yaralı			
Yaralı			
Yaralı Durumları :			
Yaralı	Yaş	Uygunluk	Not
Yaralı			
Eğitilmişler :			
NOTLAR :			
Eğitilmişler :			
Eğitilmişler :			

Eğitim Almış Tüm Muharıpler/ Muharebe Cankurtaranı/Paramedik

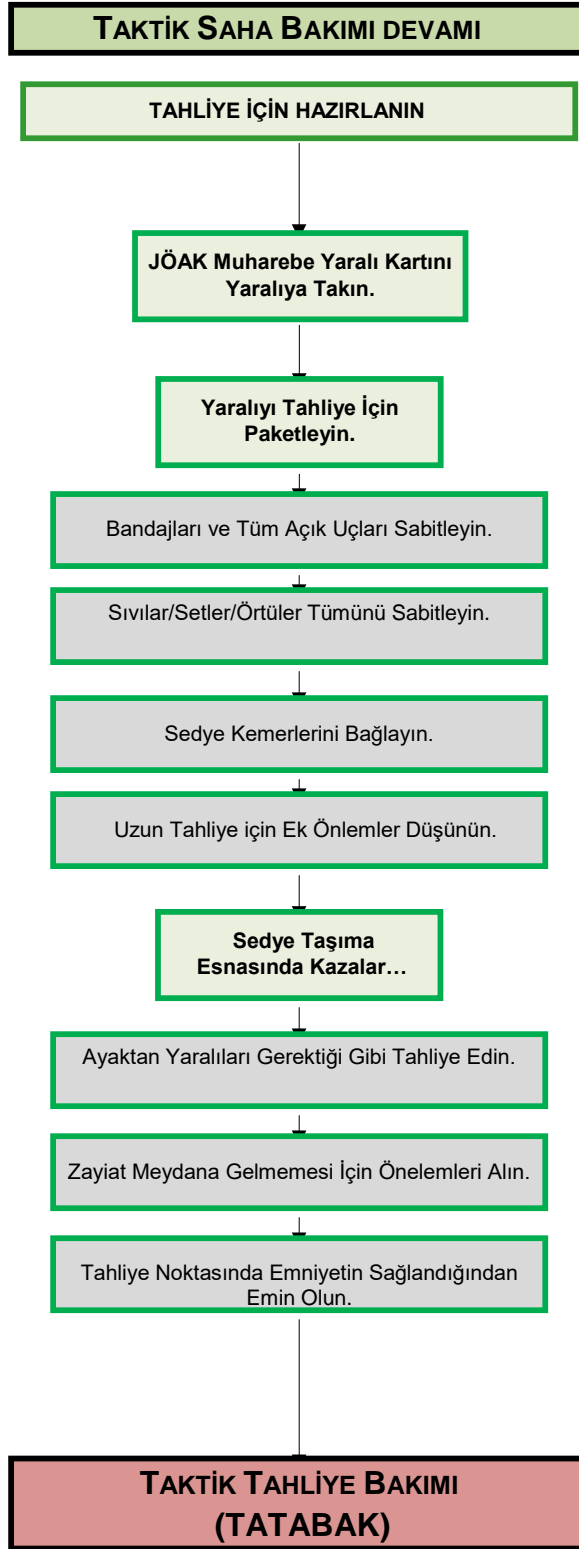
Muharip Sıhhiye Paramedik

Paramedik/Doktor

JÖAK TAKTİK MUHAREBE YARALI BAKIMI ALGORİTMALARI



JÖAK Taktik
Muharebe Yaralı
Bakımı 2018



Eğitim Almış Tüm
Muharipler/ Muharebe
Cankurtaranı/Paramedik

Muharip Sıhhiye
Paramedik

Paramedik/Doktor

JÖAK MUHAREBE YARALI KARTI

Olayın Meydana Geldiği Yer : _____

Yaralı Kategorisi :    

Tedavi Uygulamaları :

- Turnike Kanama Durdurucu Ajan Tampon Damaryolu Girişimi
 Pnömotoraks Tıkacı İğne Dekompresyonu Basıncılı Bandaj
 Diğer: _____

Uygulanan Sıvılar :

	Adı	Uygulanan Miktar	Uygulama Şekli	Saat
Sıvılar				
Kanlar				

Uygulanan İlaçlar :

	İlacın Adı	Doz	Uygulama Şekli	Saat
Tabletler				
Enjeksiyonlar				

NOTLAR :**İlk Yardım Personelinin**

Adı Soyadı : _____

Sicili : _____

Rütbesi : _____

İrtibat: _____

JÖAK MUHAREBE YARALI KARTI 2018

JÖAK MUHAREBE YARALI KARTI

Olayın Meydana Geldiği Yer : _____

Yaralı Kategorisi :    

Tedavi Uygulamaları :

- Turnike Kanama Durdurucu Ajan Tampon Damaryolu Girişimi
 Pnömotoraks Tıkacı İğne Dekompresyonu Basıncılı Bandaj
 Diğer: _____

Uygulanan Sıvılar :

	Adı	Uygulanan Miktar	Uygulama Şekli	Saat
Sıvılar				
Kanlar				

Uygulanan İlaçlar :

	İlacın Adı	Doz	Uygulama Şekli	Saat
Tabletler				
Enjeksiyonlar				

NOTLAR :**İlk Yardım Personelinin**

Adı Soyadı : _____

Sicili : _____

Rütbesi : _____

İrtibat: _____

JÖAK MUHAREBE YARALI KARTI 2018



TRİYAJ KATEGORİLERİ

KIRMIZI

Bu kategori acil ve ameliyat gerektiren yaralıları kapsar. Basitçe, tıbbi yardım sağlanmazsa ölecek olan yaralıların kategorisidir. **Başarılı triyajın anahtarı bu yaralıları mümkün olan en kısa sürede tespit etmektir. Çünkü yaralılar uzun süre bu kategoride kalmaz. Buldunuz, triyajladınız ve tedavi ettiniz, aksi taktirde ölürlür.** Hava yolu tıkanıklığı, göğüs veya abdominal yaralanması olanlar, masif dış kanamalar veya şokta olan bilinçsiz yaralılar bu kategoridedir..

SARI

Bu kategori ameliyat olması muhtemel ancak cerrahi tedavide gecikmeye izin veren yaralıları kapsar. Bekleme evresinde tedavinin sürekliliği gerekecektir.(örneğin; oral veya IV sıvılar, ateller, antibiyotiklerin uygulanması, ağrı kesiciler vb). Bu kategorideki yaralıları örnek olarak şokta olmayan yaralılar, büyük yumuşak doku yaralanmaları, major kemik kırıkları, TVYA % 20 den düşük yanıklar gösterilebilir.Fakat bu kategori imkan olduğu zaman ivedi tahliye gerektiren kategoridir.

YEŞİL

Bu kategorideki yaralılar genellikle " Yürüyen Yaralılar"dır. Bu yaralanmalar genellikle kendi kendisi veya arkadaşlarının yardımıyla tedavisi gerçekleştirilecek yaralılardır.(örneğin; küçük yanıklar, küçük kırıklar burkulmalar, küçük yaralar).Bu yaralılar görevin taktik özelliklerine göre muharebeye devam edebilirler. Fakat görevin durumuna göre daha geri planda (emniyet alma) gibi pozisyonlarda kullanılması güvene tesis eder.

SİYAH

Bu kategorideki yaralılar ne yapılırsa yapılsın geri döndürülemeyecek yaralıları kapsar. Mümkünse rahat ettirilmeli ve ağrı kesicilerle desteklenmelidir.(morfin). Fakat emin olunana kadar her fırsatta triyaja tabi tutulmalıdırlar. Bu yaralıları örnek olarak; beyne büyük çapta bariz hasar veren penetran kafa travması, durdurulamayan aort ve kalp yaralanmalarıdır.

TAHLİYE ÖNCELİK SIRALAMASI

KIRMIZI / KATEGORİ A
(2 SAAT İÇİNDE TAHLİYE) *

SARI / KATEGORİ B
(4 SAAT İÇİNDE TAHLİYE)

YEŞİL / KATEGORİ C
(24 SAAT İÇİNDE TAHLİYE)

REFERANS/KAYNAKÇA

1. TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE(TCCC / TC3)

2. TCCC REFERENCES & SELECTED READING

3. TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE IN SPECIAL OPERATIONS.

BUTLER FK, HAGMANN J, BUTLER EG. MIL MED. 1996;161(SUPPL):3–16. (ORIGINAL TCCC ARTICLE)

4. PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT (PHTLS) MANUAL, 8TH EDITION (MILITARY)

Butler FK, Giebner SD, Pons PT, McSwain NE, eds. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2014.

5. SAVING LIVES ON THE BATTLEFIELD: A JOINT TRAUMA SYSTEM REVIEW OF PRE-HOSPITAL TRAUMA CARE IN COMBINED JOINT OPERATING AREA—AFGHANISTAN (CJOA-A) EXECUTIVE SUMMARY.

KOTWAL RS, BUTLER FK, EDGAR EP, SHACKELFORD SA, BENNETT DR, BAILEY JA. J SPEC OPER MED . 2013;13(1):77– 85.

6. SAVING LIVES ON THE BATTLEFIELD (PART II) - ONE YEAR LATER: A JOINT THEATER TRAUMA SYSTEM AND JOINT TRAUMA SYSTEM REVIEW OF PREHOSPITAL TRAUMA CARE IN COMBINED JOINT OPERATIONS AREA-AFGHANISTAN (CJOA-A).

SAUER SW, ROBINSON JB, SMITH MP, GROSS KR, KOTWAL RS, MABRY RL, BUTLER FK, STOCKINGER ZT, BAILEY JA, MAVITY ME, GILLIES DA 2NDJ SPEC OPER MED. 2015 SUMMER;15(2):25-41

7. ELIMINATING PREVENTABLE DEATH ON THE BATTLEFIELD.

KOTWAL RS, MONTGOMERY HR, KOTWAL BM, CHAMPION HR, BUTLER FK JR, MABRY RL, CAIN JS, BLACKBOURNE LH, MECHLER KK, HOLCOMB JB. ARCH SURG. 2011 DEC;146(12):1350-8. DOI: 10.1001/ARCHSURG.2011.213. EPUB 2011 AUG 15.

8. TRAGEDY INTO DRAMA: AN AMERICAN HISTORY OF TOURNIQUET USE IN THE CURRENT WAR.

KRAGH JF JR, WALTERS TJ, WESTMORELAND T, MILLER RM, MABRY RL, KOTWAL RS, RITTER BA, HODGE DC, GREYDANUS DJ, CAIN JS, PARSONS DS, EDGAR EP, HARCKE T, BAER DG, DUBICK MA, BLACKBOURNE LH, MONTGOMERY HR, HOLCOMB JB, BUTLER FK. J SPEC OPER MED. 2013 FALL;13(3):5

9. DEATH ON THE BATTLEFIELD (2001-2011): IMPLICATIONS FOR THE FUTURE OF COMBAT CASUALTY CARE.

EASTRIDGE BA, MABRY RL, SEGUIN P, CANTRELL J, TOPS T, URIBE P, MALLET O, ZUBKO T, OETJEN-GERDES L, RASMUSSEN TE, BUTLER FK, KOTWAL R, HOLCOMB JB, WADE C, CHAMPION H, LAWNICK M, MOORES L, BLACKBOURNE LH. J TRAUMA ACUTE CARE SURG. 2012 VOLUME 73, NUMBER 6, SUPPLEMENT

10. IMPLEMENTING AND PRESERVING THE ADVANCES IN COMBAT CASUALTY CARE FROM IRAQ AND AFGHANISTAN THROUGHOUT THE US MILITARY.

BUTLER FK JR, SMITH DJ, CARMONA RH. J TRAUMA ACUTE CARE SURG. 2015 VOLUME 79, NUMBER 2.

11. LEADERSHIP LESSONS LEARNED IN TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE.

BUTLER FK. J TRAUMA ACUTE CARE SURG. 2017.

12. TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE: BEGINNINGS.

BUTLER FK. WILDERNESS ENVIRON MED. 2017

13. THE TRANSITION TO THE COMMITTEE ON TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE.

GIEBNER SD. WILDERNESS ENVIRON MED. 2017

14. BATTLEFIELD TRAUMA CARE THEN AND NOW: A DECADE OF TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE.

BUTLER FK, BLACKBOURNE LH. J TRAUMA ACUTE CARE SURG. 2012 VOLUME 73, NUMBER 6

İletişim: Jandarma Komando Özel Asayiş ve Kurtarma Tugay Komutanlığı / ANKARA

0312 510 09 / joak.jandarma@gov.tr



Jandarma Komando Özel Asayiş ve Kurtarma Tugay Komutanlığı
Gendarmerie Commando Special Operations and Rescue Brigade Command