

Priloga 7 (2. del)

6. Poročilo o intervenciji reševalca motorista



POROČILO O INTERVENCIJI EKIPE MOTORNEGA KOLESA ZA NMP

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

Enota NMP: _____

številka poročila: _____

datum		dan v tednu		PRIIMEK IN IME PACIENTA			datum rojstva		Ž spol M	naslov			
kraj dogodka				oddaljenost km	lokacija dogodka <input type="checkbox"/> teren <input type="checkbox"/> zdr. ustanova		reševalec - motorist						
VODILNI PROBLEM (opis okoliščin)							čas pojava akutnih simptomov : ura min		PRIZADETOST OB PRIHODU EKIPE <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> lažja <input type="checkbox"/> težja <input type="checkbox"/> zelo huda <input type="checkbox"/> zastoj srca (oživljanje je indicirano) <input type="checkbox"/> mrtev (oživljanje ni indicirano)				
STOPNJA NUJNOSTI <input type="checkbox"/> z opozorilnimi znaki <input type="checkbox"/> brez opozorilnih znakov		ČASI OPRAVLJENEGA PREVOZA											
		čas sprejema naročila za izvoz : ura min		čas izvoza motornega kolesa : ura min		čas prihoda do pacienta : ura min		čas odhoda s kraja intervencije : ura min		čas vrnitve ekipe v ustanovo : ura min			
čas pregleda : ura min		ob prevzemu : ura min	med obravnavo : ura min	pred predajo : ura min	PREGLED IN STANJE PACIENTA								
DIHANJE /min					koža: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> bleda <input type="checkbox"/> znojna <input type="checkbox"/> hladna <input type="checkbox"/> cianoza <input type="checkbox"/> ostalo: _____								
TIPNI UTRIP /min					glava: <input type="checkbox"/> bp vrat, vrat.hrbt.: <input type="checkbox"/> bp								
EKG frekvenca					vratne vene: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> polne <input type="checkbox"/> prazne								
RR					srce: <input type="checkbox"/> bp								
Sa O ₂					pljuča: <input type="checkbox"/> bp								
BOLEČINA (0 -10)					prsni koš: <input type="checkbox"/> bp								
*ZAVEST (AVPU)					trebuh, medenica: <input type="checkbox"/> bp								
*GCS (3 -15)					hrbet, hrbtenica: <input type="checkbox"/> bp								
KRVNI SLADKOR					zg. okončine: <input type="checkbox"/> bp								
TEMPERATURA					sp. okončine: <input type="checkbox"/> bp								
DESNA ZENICA		• • ● + + - -	• • ● + + - -	• • ● + + - -	LEVA ZENICA		• • ● + + - -	• • ● + + - -	• • ● + + - -				
EKG		EKG IZVID:		*ZAVEST		ODPIR. OČI		*GCS		MOTORIKA			
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> monitor <input type="checkbox"/> 12 kanalni		<input type="checkbox"/> sinusni ritem <input type="checkbox"/> bradikardija <input type="checkbox"/> AF / AU <input type="checkbox"/> AV blok III. <input type="checkbox"/> asistolija <input type="checkbox"/> PEA		<input type="checkbox"/> ritem sr. spodbujevalnika <input type="checkbox"/> tahikardija / ozki QRS <input type="checkbox"/> tahikardija / široki QRS <input type="checkbox"/> VT brez tipnih utripov <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/>		A bistler, buden V odziv. na glas, klic P odziv. na bolečino U neodziven		4 spontano 3 na zvok 2 na bolečino 1 nič		5 orientiran 4 zmeden 3 neustrezne besede 2 nerazumljivi glasovi 1 nič		6 uboga navodila 5 smiselni gibi 4 reakcija umika 3 fleks. odgovor 2 ekst. odgovor 1 nič	
PREPOZNANA NUJNA STANJA (opis vodilnih težav in poškodb pacienta)					AKUTNI KORONARNI SINDROM (huda bolečina v prsnem košu) <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?		AKUTNA MOŽGANSKA KAP (znaki možganske kapi) <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?		ZASTRUPITEV <input type="checkbox"/> z zdravili <input type="checkbox"/> z nevarnimi snovmi <input type="checkbox"/> neznano				
					HUDA POŠKODBA GLAVE (izražena motnja zavesti, GCS ≤8) <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?		ŠOK (izraženi znaki šoka) <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?						
					ALKOHOL: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?		PREPOVEDANE DROGE: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?		SAMOMOR ALI POSKUS <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ?				
ZDRAVILO		odmerek	čas	pot	POSEGI EKIPE MOTORNEGA KOLESA ZA NMP								
ADRENALIN					<input type="checkbox"/> intraosalna pot <input type="checkbox"/> preveza rane <input type="checkbox"/> hemostaza <input type="checkbox"/> zunanja masaža srca <input type="checkbox"/> defibrilacija <input type="checkbox"/> elektrokonverzija: _____ J		<input type="checkbox"/> torakalna punkcija <input type="checkbox"/> porod <input type="checkbox"/> ogrevanje <input type="checkbox"/> ohlajanje <input type="checkbox"/> perfuzor <input type="checkbox"/> aspiracija dihal		<input type="checkbox"/> ročna umetna ventilacija <input type="checkbox"/> intubacija brez zdravlil <input type="checkbox"/> intubacija ni uspela <input type="checkbox"/> alternativni pripomočki dih. poti <input type="checkbox"/> konikotomija				
AMIODARON					KISIK <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> venturi maska _____%, <input type="checkbox"/> nosni kat. _____ L/min <input type="checkbox"/> OHIO maska		VENSKA POT <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ne uspe velikost (G) <input type="checkbox"/> ena <input type="checkbox"/> več		INFUZIJSKA RAZTOPINA <input type="checkbox"/> ne 1. _____ / _____ ml <input type="checkbox"/> da 2. _____ / _____ ml				
PP / NMP pred prihodom <input type="checkbox"/> nihče <input type="checkbox"/> laik <input type="checkbox"/> gasilci, policisti <input type="checkbox"/> zdravstveni delavec <input type="checkbox"/> prvi posred. – aktivirani <input type="checkbox"/> ekipa NMP		POGOJI VOŽJE <input type="checkbox"/> normalni <input type="checkbox"/> gost promet <input type="checkbox"/> slabo vreme <input type="checkbox"/> tehnične težave <input type="checkbox"/> _____		AKTIVACIJA DRUGIH EKIP <input type="checkbox"/> obravnaval sam <input type="checkbox"/> ekipa NRV <input type="checkbox"/> zdravnik (dežurni) <input type="checkbox"/> ekipa REANIMOBILA <input type="checkbox"/> HNMP <input type="checkbox"/> policija <input type="checkbox"/> _____		IMOBILIZACIJA <input type="checkbox"/> vratna opornica <input type="checkbox"/> opora za glavo <input type="checkbox"/> zajemalna nosila <input type="checkbox"/> vakuum. blazina <input type="checkbox"/> vakuum. opornice <input type="checkbox"/> imobil. steznik <input type="checkbox"/> deska za otroke		VENTILATOR <input type="checkbox"/> da MV: _____ L/min <input type="checkbox"/> ne FR: _____ /min tip ventilacije: _____		ZUN. SRČNI SPODBUJEVALEC <input type="checkbox"/> da _____ /min <input type="checkbox"/> ne _____ mA STANJE OB KONCU OSKRBE <input type="checkbox"/> boljše <input type="checkbox"/> enako <input type="checkbox"/> slabše <input type="checkbox"/> umrl med oskrbo			
Pacienta prevzela ekipa:		Komentar:											
Pacienta prevzel:		(ime in priimek) _____ (podpis)		Izpolnil poročilo (pacienta oddal):									
ura: _____ <input type="checkbox"/> zdravnik <input type="checkbox"/> DMS/DZ <input type="checkbox"/> ZT/SMS <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> zdravnik <input type="checkbox"/> DMS/DZ <input type="checkbox"/> NPK-ZR <input type="checkbox"/> ZT/SMS <input type="checkbox"/>		(ime in priimek) _____ (podpis)									

Prosimo, da en posneti EKG pripnete temu obrazcu, drugega pa oddate s kopijo obrazca sprejemnemu zdravstvenemu osebju.

7. Poročilo o prevozu nosečnice/poroda



PREVOZ NOSEČNICE / POROD
Ministrstvo za zdravje

prioriteta	datum	čas klica :	št. dogodka	št. intervencije
------------	-------	----------------	-------------	------------------

Priimek in ime nosečnice		Datum rojstva		Tip ekipe				
Stalni/začasni naslov				član 1				
				član 2				
št. KZZ, EMŠO, EU kartice		svojec/razmerje		čas aktivacije				
Tel. nosečnice		Tel. svojec		čas prihoda do nosečnice				
				čas odhoda s kraja				
Nosečnost		Gestacijska starost		Število plodov		Ultrazvok med nosečnostjo		
<input type="checkbox"/> prva <input type="checkbox"/> druga <input type="checkbox"/> tretja ali več		tedni: _____ dnevi: _____		<input type="checkbox"/> eden <input type="checkbox"/> tri <input type="checkbox"/> dva <input type="checkbox"/> štiri		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
Razpok mehurja	Čas	Barva plodovnice		Transportni položaj nosečnice				
<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	____:____			<input type="checkbox"/> leže na levem boku <input type="checkbox"/> leže na hrbtu s podloženim desnim bokom		<input type="checkbox"/> leže v položaju šokiranega <input type="checkbox"/> obrnjena nosila		
Ocena popadkov								
ura (hh:mm)	popadki	trajanje		čas med popadki				
:	da / ne	< 1 min / 1 min / > 1min		< 3 min / 3-5 min / > 5min				
:	da / ne	< 1 min / 1 min / > 1min		< 3 min / 3-5 min / > 5min				
:	da / ne	< 1 min / 1 min / > 1min		< 3 min / 3-5 min / > 5min				
:	da / ne	< 1 min / 1 min / > 1min		< 3 min / 3-5 min / > 5min				
Krvavitev				Izguba krvi				
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da (opiši): _____				<input type="checkbox"/> < 250 mL <input type="checkbox"/> 500 - 1000 mL <input type="checkbox"/> 250 - 500 mL <input type="checkbox"/> > 1000 mL				
Indikacija za porod na terenu		Način poroda		Nenormalni porod				
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da (opiši): _____		<input type="checkbox"/> spontani porod <input type="checkbox"/> nenormalni porod		<input type="checkbox"/> medenična vstava <input type="checkbox"/> ob glavici zdrknjen ud <input type="checkbox"/> izpadla popkavnica <input type="checkbox"/> večplodna nosečnost				
Priimek in ime otroka		Spol		Datum in čas poroda				
		<input type="checkbox"/> deček <input type="checkbox"/> deklica		dan: _____ mesec: _____ leto: _____ ura: _____				
Rojstvo otroka		Ocena otroka po Apgarju		Oživljanje otroka				
<input type="checkbox"/> živorojen <input type="checkbox"/> mrtvorojen <input type="checkbox"/> umre med porodom <input type="checkbox"/> drugo: _____		1 min: _____ 5 min: _____ 10 min: _____		da / ne				
				Posegi med oživljanjem				
				<input type="checkbox"/> taktilna stimulacija <input type="checkbox"/> pokrivane novorojenčka <input type="checkbox"/> inflacijski vpihi <input type="checkbox"/> ventilacijski vpihi <input type="checkbox"/> aspiracija dihalne poti <input type="checkbox"/> I-Gel/intubacija <input type="checkbox"/> kisik		<input type="checkbox"/> stisi prsnega koša <input type="checkbox"/> defibrilacija _____ J <input type="checkbox"/> umbilikalni kateter <input type="checkbox"/> intravenska/intraosalna pot <input type="checkbox"/> aplikacija zdravil <input type="checkbox"/> zdravila _____ <input type="checkbox"/> glukoza _____		
TOČKE	0	1	2	ime sprejemne ustanove		Čas prihoda v ustanovo		
FREKVENCA SRCA	odsotna	< 100 / min	> 100 / min			____:____		
DIHANJE	odsotno	posamezni neredni vdih	jok, redni vdih	Sprejemni zdravnik		Sprejemna babica		
REFLEKSNA VZDRAŽENOST	ni odziva	slaba reakcija na dražljaje	jok, novorojenček se brani, kašlja					
MIŠIČNI TONUS	ohlapnost	slabo krčenje udov	dobro krčenje udov					
BARVA	modrolebda	telo rožnato, udi modri	rožnata	Komplikacije med prevozom				
Posteljica	Uterus	Krvavitev		Komentar				
<input type="checkbox"/> rojena v celoti <input type="checkbox"/> nejasno <input type="checkbox"/> ni rojena	<input type="checkbox"/> dobro kontrahiran <input type="checkbox"/> slabo kontrahiran	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da (opiši): _____ _____						

8. Odklonitev zdravstvene obravnave / reševalnega prevoza



ODKLON OSKRE/OBRAVANJE/PREVOZA
Ministrstvo za zdravje - Služba za NMP in izredne razmere

ekipa
NMP:

številka
protokola:

datum	čas prihoda na kraj dogodka ura min	kraj dogodka	lokacija dogodka <input type="checkbox"/> teren <input type="checkbox"/> ambulanta NMP	zdravnik	spremljevalec	voznik
PRIIMEK IN IME PACIENTA			datum rojstva	ž spol M	naslov	
					telefon svojci, očitvidci	

Pacientova izjava o zavrnitvi

Spodaj podpisani(a) svobodno odklanjam	Izjavljam, da sem bil s strani osebja zunajbolnišnične službe NMP na kraju dogodka seznanjen s posledicami moje zavrnitve za moje zdravje in stroški v zvezi z intervencijo zunajbolnišnične službe NMP. Razumem pomen in posledice moje zavrnitve. Prav tako razumem vsa pojasnila, ki sem jih prejel s strani zdravstvenega osebja.
<input type="checkbox"/> prvo in nujno medicinsko pomoč <input type="checkbox"/> reševalni prevoz	

podpis pacienta	kraj	datum	ura :
-----------------	------	-------	----------

Zavrnitev po zakonitem zastopniku ali drugih osebah (če pacient ni sposoben odločanja o sebi)

ime in priimek	datum rojstva	razmerje do pacienta	
podpis	kraj	datum	ura :
kontaktni podatki o zakonitem zastopniku ali drugi osebi			

ime in priimek	datum rojstva	razmerje do pacienta	
podpis	kraj	datum	ura :
kontaktni podatki o zakonitem zastopniku ali drugi osebi			

Zavrnitev s pomočjo prič

(če se pacient, ki je zavrnil oskrbo / prevoz, ni zmožen sam podpisati, ali če se kljub ustni odklonitvi ne želi podpisati)

ime in priimek	datum rojstva	razmerje do pacienta	
podpis	kraj	datum	ura :
kontaktni podatki			

ime in priimek	datum rojstva	razmerje do pacienta	
podpis	kraj	datum	ura :
kontaktni podatki			

O odklonitvi obveščen

Navodila za ekipo NMP ob pacientu:

<input type="checkbox"/> dispečerska služba zdravstva	
<input type="checkbox"/> policija (pobeg, nasilje)	
<input type="checkbox"/> zdravnik: ime in priimek enota NMP	

<input type="checkbox"/> Pacient je zdravstveno oskrbo / prevoz sicer zavrnil, vendar obrazca ni želel podpisati!
<input type="checkbox"/> Zavrnitev zdravstvene oskrbe / prevoza lahko ogrozi življenje drugih ali hujše ogrozi njihovo zdravje!

(priimek in ime ter naziv zdr. delavca)	kraj	datum	ura :
---	------	-------	----------

9. Pooblastilo v službi NMP



POOBLASTILO V SLUŽBI NMP

Ministrstvo za zdravje - Služba za NMP in izredne razmere

ekipa
NMP:

številka
protokola:

datum	čas prihoda na kraj dogodka ura min	kraj dogodka	lokacija dogodka <input type="checkbox"/> teren <input type="checkbox"/> ambulanta NMP	zdravnik	spremljevalec	voznik
PRIIMEK IN IME PACIENTA			datum rojstva	ž spol M	naslov	
					telefon svojci, očividci	

Spodaj podpisani rojen/a
ime priimek in naziv zdravnika pooblastitelja datum rojstva pooblastitelja

pooblaščenec rojen/a
datum rojstva pooblaščenca/ke

Po Zakonu o duševnem zdravju (58. člen ZDZdr) za prevoz pacienta proti njegovi volji.

Po ostalih pooblastilih:
opis pooblastila

lastnoročni podpis pooblastitelja	lastnoročni podpis pooblaščenca
kraj, datum in ura	(tvajalec službe NMP, kjer je zaposlen pooblaščenec/ka)

10. Izvid obravnave



IZVID OBRAVNAVE

EKIPA: _____

Ime in priimek pacienta ter rojstni podatki	Številka obiska: _____
	Datum obiska: _____
	Ura obiska: ____:____
	Šifra izbranega osebnega zdravnika: _____

Vzrok obiska - anamneza
Pridružene bolezni
Stalna zdravila
Alergije
Klinični pregled

VITALNI ZNAKI	1.	2.	TERAPIJA IN POSEGI v ambulanti:
telesna temperatura			
tlak (RR)			
SpO ₂			
pulz			
krvni sladkor			

Priloženi izvidi:	Diagnoze:	Šifra MKB
<input type="checkbox"/> EKG:	_____	_____
<input type="checkbox"/> LAB:	_____	_____

Navodilo pacientu, predpis Rp:	Napotitev: _____

Opombe	Dežurni zdravnik

Kontrola pri izbranem zdravniku. V primeru nenadnega poslabšanja kontrola pri nas.

11. Triažni karton (vzorec)

OZNAČI USTREZNO KATEGORIJU

Priimek / Name: _____ Čas / Time: _____
 Ime / First name: _____ Naslov / Address: _____
 Datum rojstva / Birthday: _____ Kontakt / Contact: _____
 Spol / Sex: Ž / F M / M

PRIMARNA TRIAŽA / PRIMARY TRIAGE SIEVE

POKRETNEN / WALKING ↓ Ne / N	Da / Y → ODLOŽENA OGIKBA / DELAYED T3	Opombe / Notes: Ukrepi / Procedures: Bočni položaj / Recovery position Orofaringealni tubus / Airway Esarnah / Tourniquet Čas / Time: _____
DIHA / BREATHING ↓ Da / Y	Ne / N → DIHA, ČE SPROSTIMO DIHALNO POT / BREATHING WHEN AIRWAY OPENED → Ne / N → MRTEV / DEAD	
FREKVENCA DIHALJA / RESPIRATORY RATE 11-29 ↓ Da / Y	Ne / N → ŽIVLJENJSKO OGRUŽEN / IMMEDIATE T1 Da / Y → MUJEN / URGENT T2	
PULZ OZ. KAPILARNA POLNITEV / PULSE OR CAPILLARY REFILL TEST ↓ Da / Y	> 120/min, > 2 s → MUJEN / URGENT T2 < 120/min, < 2 s → MUJEN / URGENT T2	

OCENA KIBILJ (kemijsko, biološko, radioaktivno, jedrsko): K / C B / B RJ / RN
 Izpostavljenost / Exposure: primarna/primary ob viru/source blizu/near daleč/far neznan/unknown
 sekundarna/secondary

Dekontaminacija / Decontamination: 1. stopnja/stage 2. stopnja/stage 3. stopnja/stage
 Antidot / Antidote: _____ Odmerak / Dose: _____ Čas / Time: _____

TRANSPORT / TRANSPORT

Čas oddaje / Discharge time: _____
 Povečilo o transportu / Observations during transport: _____
 Opombe / Notes: _____
 Vrsta zdravila / Drug name: _____
 Zdravstveno osebje med prevozom / Medical staff during transport: _____
 Vrsta zdravila / Drug name: _____
 Zdravnik / Doctor: _____
 Številka zdravila / Recipient: _____
 Koda NRP / EMS unit: _____

PRIMARNA TRIAŽA / PRIMARY TRIAGE SIEVE

SEKUNDARNA TRIAŽA / SECONDARY TRIAGE SORT

GCS / GLASGOW COMA SCALE	Fiziološki parameter / Physiological variable	Vrednost / Value	Točke / Score	
Odpiranje oči / Eye opening	Frekvence dihanja / Respiratory rate	10-20	4	
Spontane / Spontaneously		> 20	3	
Na klic / To voice		6-9	2	
Na bolečino / To pain		1-5	1	
Ne odpre / No response	0	0		
Govor / Verbal response	Sistolni krvni pritisk / Systolic blood pressure	> 90	4	
Orientiran / Oriented		76-89	3	
Zmeden / Confused		50-75	2	
Neustrezne besede / Inappropriate words		1-49	1	
Neuslišljivi glasovi / Incomprehensible	0	0		
NI / No response	13-15	4		
	16-20	3		
	21-24	2		
	25-29	1		
	30-39	0		
	40-49	0		
	50-59	0		
	60-69	0		
	70-79	0		
	80-89	0		
	90-99	0		
	100-109	0		
	110-119	0		
	120-129	0		
	130-139	0		
	140-149	0		
	150-159	0		
	160-169	0		
	170-179	0		
	180-189	0		
	190-199	0		
	200-209	0		
	210-219	0		
	220-229	0		
	230-239	0		
	240-249	0		
	250-259	0		
	260-269	0		
	270-279	0		
	280-289	0		
	290-299	0		
	300-309	0		
	310-319	0		
	320-329	0		
	330-339	0		
	340-349	0		
	350-359	0		
	360-369	0		
	370-379	0		
	380-389	0		
	390-399	0		
	400-409	0		
	410-419	0		
	420-429	0		
	430-439	0		
	440-449	0		
	450-459	0		
	460-469	0		
	470-479	0		
	480-489	0		
	490-499	0		
	500-509	0		
	510-519	0		
	520-529	0		
	530-539	0		
	540-549	0		
	550-559	0		
	560-569	0		
	570-579	0		
	580-589	0		
	590-599	0		
	600-609	0		
	610-619	0		
	620-629	0		
	630-639	0		
	640-649	0		
	650-659	0		
	660-669	0		
	670-679	0		
	680-689	0		
	690-699	0		
	700-709	0		
	710-719	0		
	720-729	0		
	730-739	0		
	740-749	0		
	750-759	0		
	760-769	0		
	770-779	0		
	780-789	0		
	790-799	0		
	800-809	0		
	810-819	0		
	820-829	0		
	830-839	0		
	840-849	0		
	850-859	0		
	860-869	0		
	870-879	0		
	880-889	0		
	890-899	0		
	900-909	0		
	910-919	0		
	920-929	0		
	930-939	0		
	940-949	0		
	950-959	0		
	960-969	0		
	970-979	0		
	980-989	0		
	990-999	0		
	1000-1009	0		
	1010-1019	0		
	1020-1029	0		
	1030-1039	0		
	1040-1049	0		
	1050-1059	0		
	1060-1069	0		
	1070-1079	0		
	1080-1089	0		
	1090-1099	0		
	1100-1109	0		
	1110-1119	0		
	1120-1129	0		
	1130-1139	0		
	1140-1149	0		
	1150-1159	0		
	1160-1169	0		
	1170-1179	0		
	1180-1189	0		
	1190-1199	0		
	1200-1209	0		
	1210-1219	0		
	1220-1229	0		
	1230-1239	0		
	1240-1249	0		
	1250-1259	0		
	1260-1269	0		
	1270-1279	0		
	1280-1289	0		
	1290-1299	0		
	1300-1309	0		
	1310-1319	0		
	1320-1329	0		
	1330-1339	0		
	1340-1349	0		
	1350-1359	0		
	1360-1369	0		
	1370-1379	0		
	1380-1389	0		
	1390-1399	0		
	1400-1409	0		
	1410-1419	0		
	1420-1429	0		
	1430-1439	0		
	1440-1449	0		
	1450-1459	0		
	1460-1469	0		
	1470-1479	0		
	1480-1489	0		
	1490-1499	0		
	1500-1509	0		
	1510-1519	0		
	1520-1529	0		
	1530-1539	0		
	1540-1549	0		
	1550-1559	0		
	1560-1569	0		
	1570-1579	0		
	1580-1589	0		
	1590-1599	0		
	1600-1609	0		
	1610-1619	0		
	1620-1629	0		
	1630-1639	0		
	1640-1649	0		
	1650-1659	0		
	1660-1669	0		
	1670-1679	0		
	1680-1689	0		
	1690-1699	0		
	1700-1709	0		
	1710-1719	0		
	1720-1729	0		
	1730-1739	0		
	1740-1749	0		
	1750-1759	0		
	1760-1769	0		
	1770-1779	0		
	1780-1789	0		
	1790-1799	0		
	1800-1809	0		
	1810-1819	0		
	1820-1829	0		
	1830-1839	0		
	1840-1849	0		
	1850-1859	0		
	1860-1869	0		
	1870-1879	0		
	1880-1889	0		
	1890-1899	0		
	1900-1909	0		
	1910-1919	0		
	1920-1929	0		
	1930-1939	0		
	1940-1949	0		
	1950-1959	0		
	1960-1969	0		
	1970-1979	0		
	1980-1989	0		
	1990-1999	0		
	2000-2009	0		
	2010-2019	0		
	2020-2029	0		
	2030-2039	0		
	2040-2049	0		
	2050-2059	0		
	2060-2069	0		
	2070-2079	0		
	2080-2089	0		
	2090-2099	0		
	2100-2109	0		
	2110-2119	0		
	2120-2129	0		
	2130-2139	0		
	2140-2149	0		
	2150-2159	0		
	2160-2169	0		
	2170-2179	0		
	2180-2189	0		
	2190-2199	0		
	2200-2209	0		
	2210-2219	0		
	2220-2229	0		
	2230-2239	0		
	2240-2249	0		
	2250-2259	0		
	2260-2269	0		
	2270-2279	0		
	2280-2289	0		
	2290-2299	0		
	2300-2309	0		
	2310-2319	0		
	2320-2329	0		
	2330-2339	0		
	2340-2349	0		
	2350-2359	0		
	2360-2369	0		
	2370-2379	0		
	2380-2389	0		
	2390-2399	0		
	2400-2409	0		
	2410-2419	0		
	2420-2429	0		
	2430-2439	0		
	2440-2449	0		
	2450-2459	0		
	2460-2469	0		
	2470-2479	0		
	2480-2489	0		
	2490-2499	0		
	2500-2509	0		
	2510-2519	0		
	2520-2529	0		
	2530-2539	0		
	2540-2549	0		
	2550-2559	0		
	2560-2569	0		
	2570-2579	0		
	2580-2589	0		
	2590-2599	0		
	2600-2609	0		
	2610-2619	0		
	2620-2629	0		
	2630-2639	0		
	2640-2649	0		
	2650-2659	0		
	2660-2669	0		
	2670-2679	0		
	2680-2689	0		
	2690-2699	0		
	2700-2709	0		
	2710-2719	0		
	2720-2729	0		
	2730-2739	0		
	2740-2749	0		
	2750-2759	0		
	2760-2769	0		
	2770-2779	0		
	2780-2789	0		
	2790-2799	0		
	2800-2809	0		
	2810-2819	0		
	2820-2829	0		
	2830-2839	0		
	2840-2849	0		
	2850-2859	0		
	2860-2869	0		
	2870-2879	0		
	2880-2889	0		
	2890-2899	0		
	2900-2909	0		
	2910-2919	0		
	2920-2929	0		
	2930-2939	0		
	2940-2949	0		
	2950-2959	0		
	2960-2969	0		
	2970-2979	0		
	2980-2989	0		
	2990-2999	0		
	3000-3009	0		
	3010-3019	0		
	3020-3029	0		
	3030-3039	0		
	3040-3049			