بسمه تعالی

**اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی اردبیل**

فرم CPR موفق بیماران اورژانس 115

|  |
| --- |
| **شهرستان : پایگاه : کد آمبولانس: تاریخ:** |
| **تکنسین های اعزامی** | **آقایان:** | **پزشک 50-10: دکتر** |
| **آدرس دقیق ماموریت:** | **تلفن بیمار:** |
| **نام و نام خانوادگی بیمار: سن بیمار: جنس بیمار:** | **سابقه بیماری:** |
| **تاریخچه دارو های مصرفی:** | **بیمارستان تحویل گیرنده:** |
| **شکایت اصلی بیمار:** | **سایر علایم:** |
| **اقدامات انجام شده قبل از رسیدن آمبولانس** | **نوار قلبی: دارد ندارد** |
| **AVPU اعلام شده توسط همراهان بیمار حین تماس با 115 : هوشیار پاسخ کلامی پاسخ به درد غیر پاسخگو** |
| **نکات بررسی شده توسط تکنسین ها** | **GCS** | **BP** | **RR** | **نبض رادیال نبض کاروتید** | **BT**  | **وضعیت مردمک** | **‍پاسخ به نور مردمک** | **ریتم قلبی** |
| **علایم حین مشاهده** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **علایم بعد از CPR** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **علایم در بیمارستان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تایید CPR موفق** **توسط پزشک بیمارستان:** | **تایید CPR موفق** **توسط پزشک 50-10 مرکز:** | **تایید CPR موفق** **توسط مسئول شهرستان:** |
| **توضیحات لازم تکنسین ها:** |
| **اقدامات انجام شده:** | **باز کردن راه هوایی اینتوباسیون تنفس با آمبوبگ اکسیژن تراپی فشار بر قفسه سینه رگ گیری****مانیتورینگ قلبی استفاده از شوک ساکشن ترشحات کنترل خونریزی خارج کردن جسم خارجی** |
| **دوز دارو ها و لوازم مصرفی:** |
| **تعداد و مقدار شوک دریافتی به ژول** | **1- 2- 3- 4- 5- 6-** |
| **زمان ها: 41-10: 96-10: 97-10محل: 10-96بیمارستان: 97-10بیمارستان:** |
| **نظریه واحد ارتقا کیفیت پس از بررسی های لازم:** |
| **نظریه نهایی کمیته ارتقا کیفیت:** |