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:** | | | | | | | | | |