

RAPORT ZDARZENIA

Tylko do użytku wewnętrznego firmy HeartSine

Dane osoby raportującej	
Imię i nazwisko	
Telefon	
Mail	
Dystrybutor	HS MEDICAL POLAND

Informacje dodatkowe	
KRAJ	POLSKA
Czy osoba udzielająca pomocy miał przeszkolenie/ wiedzę medyczną?	
Nazwisko osoby szkolącej / Instytucja (jeśli jest znana)	

Informacje o sprzęcie		
Typ aparatu (zaznaczyć jeden)	Numer seryjny	Wersja oprogramowania
<input type="checkbox"/> SAM 300		
<input type="checkbox"/> SAM 300P		
<input type="checkbox"/> SAM 350P		
<input type="checkbox"/> SAM 500P		
<input type="checkbox"/> AED		
<input type="checkbox"/> PDU		

Akcesoria
Inne użyte akcesoria

Informacje o PAD-PAKU (bateria + elektrody) –		
Typ PAD-PAKA - proszę zaznaczyć	Numer LOT	Data ważności
<input type="checkbox"/> Dla dorosłych		
<input type="checkbox"/> Pediatryczny		
<input type="checkbox"/> Data-Pak		

Informacje na temat pacjenta				
<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	Wiek:	Godzina użycia AED:	Data użycia AED:.....

Współistnieje z NZK problemy medyczne (jeśli o nich wiemy)	
Problemy/ schorzenia	Szczegóły (jeśli znane)
<input type="checkbox"/> Cukrzyca	
<input type="checkbox"/> Nadciśnienie	
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	
<input type="checkbox"/> Rozrusznik serca	
<input type="checkbox"/> Inne	

Informacje o zdarzeniu	
Czy na miejscu obecni byli świadkowie?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli tak, kto to był?
Czy świadek wykonywał resuscytację przed włączeniem AED?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli tak, jak długo?
Po jakim czasie przyjechało pogotowie? (od momentu wystąpienia NZK do włączenia AED)	
Czy w momencie przyjazdu karetki pacjent mógł samodzielnie oddychać?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Nie wiadomo
Czy przed rozpoczęciem RKO Pacjent miał wyczuwalny puls?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Nie wiadomo
Czy przeprowadzono defibrylację?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Lokalizacja miejsca wykonywanej akcji ratowniczej	
Lokalizacja (zaznaczyć jedną)	Szczegóły
<input type="checkbox"/> DOM	
<input type="checkbox"/> BIURO / MIEJSCE PRACY	
<input type="checkbox"/> PLACÓWKA MEDYCZNA	
<input type="checkbox"/> MIEJSCE REKREACJI	
<input type="checkbox"/> MIEJSCE PUBLICZNE	
<input type="checkbox"/> INNE	

Obecny stan pacjenta/ rytm serca (jeśli znamy)	
Rytm serca (zaznaczyć)	Szczegóły
<input type="checkbox"/> Migotanie komór	
<input type="checkbox"/> Szybka tachykardia	
<input type="checkbox"/> Rytm bez tętna (PEA)	
<input type="checkbox"/> Asystolia	
<input type="checkbox"/> Rytm zatokowy	
<input type="checkbox"/> Rytm nie podlegający defibrylacji	

Wynik akcji ratowniczej	
Wynik (zaznaczyć jednej)	Szczegóły
<input type="checkbox"/> Pacjent uratowany, przyjęty do szpitala	
<input type="checkbox"/> Pacjent uratowany, po wypisie ze szpitala lub bez konieczności hospitalizacji	
<input type="checkbox"/> Pacjent nie przeżył	

Czy jest swobodny dostęp do urządzenia AED jeśli zaszłyby taka konieczność?

TAK NIE

Czy plik zdarzenia będzie ściągnięty za pomocą programu Saver EVO Software?

TAK NIE

Jeśli nie, czy HeartSine może poprosić o drukowaną wersję zdarzenia?

TAK NIE

Wydrukowania Ściągnięta

Dodatkowy komentarz/ sugestie

Program Forward Hearts	
<p>Program Forward Hearts: Poszkodowany kontaktuje się z firmą HeartSine i decyduje się na wykonanie kilku zdjęć oraz opowiedzenie swojej historii, która będzie publikowana na łamach strony internetowej HeartSine i HS Medical Poland. Historia ma na celu szerzenie świadomości AED w Polsce i zwrócenie uwagi na to, jak istotnym jest posiadanie takiego sprzętu w miejscach publicznych. W zamian za wzięcie udziału w programie - uratowana osoba otrzymuje od firmy HeartSine darmowy defibrylator AED, który może umieścić we wskazanym przez siebie miejscu – miejscu pracy, domu, miejscu rekreacji, szkole – bądź przekazać innej placówce w formie darowizny.</p>	
Czy uratowana osoba jest poinformowana o programie?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy uratowana osoba chciałaby wziąć w nim udział?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Podpis:

Data: