

Raport zdarzenia z użyciem AED Samaritan Pad

FORMULARZ NIE MOŻE ZAWIERAĆ INFORMACJI, KTÓRE MOGĄ POSŁUŻYĆ W IDENTYFIKACJI PACJENTA.

Prosimy o niepodawanie żadnych informacji umożliwiających identyfikację, takich jak imię i nazwisko pacjenta, adres lub dokładna lokalizacja zdarzenia (np. nazwa firmy / placówki medycznej).

Informacje o pacjencie	
<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta	Wiek pacjenta: _____ Waga (orientacyjnie): _____
Informacje o zdarzeniu	
Kraj : _____	
Data zdarzenia:	Czas zdarzenia:
Czy na miejscu obecni byli świadkowie?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeśli tak, kto?
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? (Czy podano impuls?)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiadomo
Lokalizacja miejsca wykonywanej akcji ratowniczej	
Typ (wybrać jeden)	Szczegóły
<input type="checkbox"/> Dom	Proszę wskazać konkretny rodzaj lokalizacji (np. siłownia, gabinet stomatologiczny, restauracja itp.), podając tyle informacji, ile to możliwe. Bez podawania dokładnej nazwy własnej miejsca lub adresu.
<input type="checkbox"/> Biuro / Miejsce pracy	
<input type="checkbox"/> Miejsce rekreacji / sportu	
<input type="checkbox"/> Miejsce publiczne	
<input type="checkbox"/> Inne (bez wskazywania konkretnych nazw)	

Rezultat akcji ratunkowej	
Wynik (wybrać jeden)	Szczegóły
<input type="checkbox"/> Pacjent uratowany, przyjęty do szpitala	Proszę podać wszelkie dodatkowe informacje dotyczące próby ratunkowej (np. kiedy przyjechała karetka, jakie zostały podjęte działania). Bez podawania nazwy miasta ani nazw własnych np. placówek medycznych.
<input type="checkbox"/> Pacjent uratowany, po wypisie ze szpitala lub bez konieczności hospitalizacji	
<input type="checkbox"/> Pacjent nie przeżył	
Współistniejące problemy medyczne	
Schorzenia	Proszę wymienić inne schorzenia, jeśli są znane.
<input type="checkbox"/> Cukrzyca	
<input type="checkbox"/> Nadciśnienie	
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	
<input type="checkbox"/> Rozrusznik serca	

Plik ze zdarzenia

Do formularza należy dołączyć plik z zapisem EKG z defibrylatora, pobrany za pomocą oprogramowania SAVER EVO. Proszę użyć odpowiedniego nazewnictwa plików:

Numer seryjny urządzenia_Data zdarzenia (DD-MM-RRRR)

Prosimy o przesłanie formularza i pliku zdarzenia w formacie (.evo) na ustalony adres e-mail. **Plik w formacie PDF nie zostanie zaakceptowany** – prosimy o niezałączanie pliku w formacie PDF. Jeśli potrzebujesz pomocy przy pobieraniu pliku, skontaktuj się z pracownikiem firmy HS Medical.

AED - informacje		Pad Pak - informacje		
Model	Numer seryjny AED	Typ	Nr LOT	Data ważności
<input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 360P		<input type="checkbox"/> Pad-Pak		
<input type="checkbox"/> 300P <input type="checkbox"/> 450P		<input type="checkbox"/> Pedi-Pak		
<input type="checkbox"/> 350P <input type="checkbox"/> 500P				
Dane osoby raportującej		Informacje o użytkowniku		
Imię i nazwisko		Czy osoba udzielająca pomocy miała przeszkolenie/ wiedzę medyczną?		
Telefon		Nazwisko osoby szkolącej / Instytucja (jeśli jest znana)		
E-mail				
Dystrybutor				

Warunki

Poniżej znajdują się warunki dotyczące programów Free Pad-Pak i Forward Hearts.

1. Prosimy nie załączać żadnych zdjęć, nagrań audio i / lub wideo związanych ze zgłaszanym zdarzeniem.
2. Wydarzenie kwalifikujące się do programu **musi być nagłym zatrzymaniem krążenia**. (Wydarzenie jest oceniane przez zespół Stryker Clinical, którego decyzja jest ostateczna).
3. Prosimy o zapoznanie się na heartsine.com z pełną listą wymagań kwalifikujących do otrzymania bezpłatnego zestawu Pad-Pak i / lub Forward Hearts, po tym, jak AED firmy Stryker był stosowany podczas przypadku nagłego zatrzymania krążenia.
4. Osoba wypełniająca ten formularz zatwierdza zgodność z lokalnymi przepisami dotyczącymi prywatności i zgadza się, aby w tym formularzu nie były zawarte żadne informacje umożliwiające identyfikację pacjenta.

Podpis osoby raportującej _____ Data _____