

	ZAŁĄCZNIK NR 1 – PROCEDURY OP5		NR –OP5/1 2014
	KARTA RESUSCYTACYJNA		Strona 1/2
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.10.2018	WYDANIE 4

I. DANE PACJENTA										
1. Dane osobowe:					2. Powód przyjęcia					
Nazwisko	Imię	Płeć			neurologiczny			uraz		
		K / M			chirurgiczny			zabieg nagły		
PESEL/ WIEK					internistyczny			zabieg planowy		
Data przyjęcia	Nr historii choroby				kardiologiczny			inne		
3. Miejsce NZK					4. Czynności wykonane do chwili NZK					
OIT		Oddz. wewnętrzny			wentylacja			Podano leki		
Sala wybudzeń		Oddz. diagnostyczny			wklucie			żadne		
Sala operacyjna		Izba Przyjęć			intubacja			monitorowanie		
Oddz. chirurgii		inne			Elektroda endokawitarna			EKG	RR	
								HR	SaO ₂	
II DANE DOTYCZĄCE ZATRZYMANIA KRĄŻENIA										
5. Punkty czasowe (godz/min)			6. Przyczyna NZK				7. Rytm początkowy			
Początek NZK			kardiologiczna			metaboliczna		prawidłowy	bradykardia	
Wezwanie anesteziologa			uraz			Inna niekardiologiczna		Migotanie komór	asystolia	
Przybycie anesteziologa			oddechowa			nieznana		Częstoskurcz komorowy	PEA	
Rozpoczęcie masażu			inne					nieznany		
intubacja										
8. Podjęto czynności reanimacyjne			9. Powody zakończenia resuscytacji				10. Powrót samoistnego krążenia			
NIE			TAK				TAK (godz./min)			NIE
Znaleziony martw			wentylacja			Powrót samoistnego krążenia		Samoistne krążenie utrzymane	<20min	
			Masaż kl. piersiowej			Wyczerpanie możliwości			do 24h	
Nieodwracalne następstwa przewlekłej choroby			defibrylacja			Brak wskazań do resuscytacji			>24h	

