وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: **دانشگاه علوم پزشکی:**

Medical Center: **مرکز آموزشي درماني / درماني :**

ID Number: کد ملی:

Unit No: شماره پرونده:

فرم ثبت گزارش عملیات احیا

RESUSCITATION REPORT FORM (CPCR)

Attending physician: **پزشک معالج:**	Ward: **بخش:** Room: **اتاق:** Bed: **تخت:**	Name: **نام:**	Family Name: **نام خانوادگی:**
Admission: **پذیرش:** Date & Time: تاریخ و ساعت:	**جنس:** Female □ زن Male □ مرد **:Gender**	**تاریخ تولد:**(روز/ماه/سال) Date of Birth: ..... / ..... /	Father Name: **نام پدر:**

مکان وقوع ایست قلبی تنفسی: Arrest Location: داخل بیمارستان □ Inside the Hospital خارج بیمارستان □ Out of Hospital	**زمان وقوع ایست قلبی تنفسی:** Arrest Time: تاریخ: Date: ساعت و دقیقه: (24h) Time:	**این قسمت در مورد کودکان تکمیل گردد:** وزن: Weight: کیلوگرم.....kg قد: Height: سانتی متر.....cm

وضعیت بیمار در بدو ورود: Patient's Condition on Arrival: A □ **V** □ **P** □ **U** □	**بیماری های زمینه ای قبلی:** PMH: پرفشاری خون □ دیابت □ بیماری قلبی عروقی □ سایر.....
در حضور شاهد: Witnessed Arrest: Yes □ بلی No □ خیر	**تشخیص اولیه:** Provisional Diagnosis:
سابقه احیا بیمار در بستری فعلی: دارد □ **Yes** ندارد□ No :Former CPCRs in Current Admission	**تشخیص نهایی:** Final Diagnosis:

اقدامات انجام شده: **PROCEDURES:**.....

BLS: انجام شد □ Done انجام نشد □ Not Done ◆ **توجه: در صورتیکه BLS توسط افرادی غیر از تیم احیا انجام گیرد، کادر زیر تکمیل گردد.**

Basic Life Support

ماساژ قلبی (Chest Compression): انجام شد □ Done انجام نشد □ Not Done

وضعیت راه هوایی در معاینه اولیه (Airway Status in The First Exam): باز □ Open مسدود □ Blocked اقدام انجام شده:..... Procedure:

تنفس (Breathing): دارد □ Have ندارد □ Don`t Have اقدام انجام شده:..... Procedure:

استفاده از AED (AED Usage): بلی □ Yes خیر □ No مدت عملیات BLS (BLS Duration): ..... دقیقه(min)

Advanced Cardiac Life Support

۱. روش مراقبت از راه هوایی: 1. Airway Management:

ETT □ لوله تراشه LMA □ ماسک لارنژیال Combitube □ Others □ سایر

ذکر شود: .....

۲. اولین ریتم قلبی مشاهده شده: 2. The First Detected Cardiac Rhythm:

VT □ VF □ Asystole □ PEA □

ریتم مشاهده شده در PEA : ..... Detected Rhythm in PEA :

۳. دفیبریلاسیون انجام شد؟ 3. Was Defibrillation Performed?

بلی □ Yes خیر □ No در صورت بله مقدار ژول آخرین دوز : ..... و تعداد دفعات شوک: .....

پاسخ نهایی به دفیبریلاسیون داشت؟ بلی □ Yes خیر □ No توضیح: .....

۴. تغییر ریتم قلبی حین عملیات احیا و اقدام انجام شده: 4. Rhythm Change During CPCR & Performed Action:

.....

۵. راه وریدی: 5. IV Access:

داشت □ Had نداشت □ Didn`t Have (راه وریدی..... دقیقه بعد از شروع عملیات احیاء تعبیه گردید.)

۶. داروها: 6. Medication :

نام داروها/Name of Drugs	mg	دفعات/Frequency

۷. نیاز به پیس میکر موقت داشت؟ Need of Temporary Pacemaker:

بلی □ **Yes** (خارجی □ Ext داخلی □ Int) خیر □ **No**

علت : .....

گزارش عملیات احیا: **RESUSCITATION REPORT:** .....

مدت عملیات احیا (CPCR Duration): ..... دقیقه (min)

نتیجه احیا (CPCR Result): موفق □ Successful فوت بیمار □ Expired تاریخ فوت: ..... ساعت فوت: ..... Date & Time of Death :

• در صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیا و ایجاد گردش خون خودبخودی، قسمت زیر تکمیل شود :

تحت نظر در بخش: اورژانس □ انتقال به **ICU** □ انتقال به **CCU** □ انتقال به سایر بخش ها (نام بخش ذکر گردد): .....

نام و نام خانوادگی پزشک مسؤول تیم احیا: Name of Physician : مهر و امضاء Seal & Signature:	نام و نام خانوادگی پرستار مسؤول بیمار: Name of Nurse: مهر و امضاء Seal & Signature:

توجه: این فرم را در دو برگ تکمیل نمایید: **برگ اول:** ضمیمه پرونده بیمار به عنوان گزارش عملیات احیا **برگ دوم:** بایگانی دفتر پرستاری