

KARTA RESUSCYTACJI	Imię i Nazwisko	Data przyjęcia do szpitala: / /2021	Data / /2021
	Ks. główna	Oddział	Godz. przyjęcia do szpitala: : Pesel: Wiek

Powód przyjęcia do szpitala	ROZPOZNANIE
<input type="checkbox"/> chirurgiczny planowany/nieplanowany <input type="checkbox"/> internistyczny <input type="checkbox"/> kardiologiczny <input type="checkbox"/> neurologiczny <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inny	STAN WYJŚCIOWY: Świadek zatrzymania krążenia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Monitorowanie przed NZK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Dostęp dożylny drożny <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Przytomny <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Oddech <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Tętno <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Przyczyna zatrzymania krążenia	Mechanizm zatrz. krążenia	Czynności resuscytacyjne podjęte przez ŚWIADKÓW NZK:	Czynności resuscytacyjne podjęte przez ANESTEZJOLOGA
<input type="checkbox"/> ostry zespół wieńcowy <input type="checkbox"/> zatorowość płucna <input type="checkbox"/> hipotensja <input type="checkbox"/> ciężka arytmia <input type="checkbox"/> hipowolemia <input type="checkbox"/> niewydolność oddechowa <input type="checkbox"/> odma opłucnowa <input type="checkbox"/> metaboliczna/zaburz. elektrolitowe <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> hipotermia/hipertermia <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> nieznaną	<input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Asystolia <input type="checkbox"/> Nieznany	<input type="checkbox"/> Udrożnienie dróg oddechowych <input type="checkbox"/> ręczne <input type="checkbox"/> rurka ustno-gardłowa <input type="checkbox"/> intubacja, rurka nr _____ <input type="checkbox"/> alternatywa <input type="checkbox"/> Wentylacja <input type="checkbox"/> Ambu+maska twarzowa <input type="checkbox"/> Ambu+rurka intubacyjna <input type="checkbox"/> Respiratoroterapia <input type="checkbox"/> Masaż serca pośredni <input type="checkbox"/> Monitorowanie <input type="checkbox"/> Defibrylacja <input type="checkbox"/> Kardiowersja/stymulacja elektr. <input type="checkbox"/> Leki: _____	<input type="checkbox"/> Udrożnienie dróg oddechowych <input type="checkbox"/> ręczne <input type="checkbox"/> rurka ustno-gardłowa <input type="checkbox"/> intubacja, rurka nr _____ <input type="checkbox"/> alternatywa <input type="checkbox"/> Wentylacja <input type="checkbox"/> Ambu+maska twarz. <input type="checkbox"/> Ambu+rurka intubacyjna <input type="checkbox"/> Respiratoroterapia <input type="checkbox"/> Masaż serca pośredni <input type="checkbox"/> Monitorowanie <input type="checkbox"/> Defibrylacja <input type="checkbox"/> Kardiowersja/stymulacja elektr. <input type="checkbox"/> Leki, jak niżej

PUNKTY CZASOWE/GODZINA					Powód opóźnienia przybycia anesteziologa
początek zatrzymania	wezwanie zespołu	przybycie zespołu	rozpoczęcie masażu	intubacja	
:	:	:	:	:	

PRZEBIEG RESUSCYTACJI			
LEKI		POZOSTAŁE CZYNNOŚCI	
Adrenalina	mg	Masaż*	
Atropina	mg	Zapis EKG**	
8,4% NaHCO ₃	mEq	Defibrylacja***	
Amiodaron	mg	Inne	
Płyn: 1. _____ 2. _____		*R-Ręczny; L-Lucas ** ASY-asystolia; VF-migot.komór; VT-częst. komor. bez tętna; PEA-czynność elektryczna bez tętna; RZ-rytm zatokowy; AF-migot. przeds; BRADY-Bradykardia; SVT-częstoskurcz nadkomorowy ***podać ilość defibrylacji	
Inne:		UWAGI/PRZYCZYNA NIEPODJIĘCIA CZYNNOŚCI PRZEZ ANESTEZJOLOGA:	

ZAKOŃCZENIE MASAŻU	GODZINA :
z powodu <input type="checkbox"/> stwierdzenia zgonu <input type="checkbox"/> powrotu samoistnego krążenia <input type="checkbox"/> wyczerpania możliwości leczenia	

POWRÓT SAMOISTNEGO KRĄŻENIA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	GODZINA ____:____
samoistne krążenie utrzymane	<input type="checkbox"/> <20min. <input type="checkbox"/> 20min.-24godz. <input type="checkbox"/> >24godz.	

EFEKTY (dla pacjentów, którzy przeżyli >24godz.)				
Powrót świadomości		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	data ___ / ___ / _____	
Zgon w szpitalu		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	data ___ / ___ / _____	
Wypis ze szpitala		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	data ___ / ___ / _____	
do	<input type="checkbox"/> domu	<input type="checkbox"/> zakładu opieki	<input type="checkbox"/> innego szpitala	<input type="checkbox"/> innego miejsca _____
Stan wg skali CPC (Cerebral Performace Category) przy przyjęciu do szpitala				
Stan wg skali CPC (Cerebral Performace Category) przy wypisie ze szpitala				

SKALA CPC	
1	dobry stan neurologiczny, pacjent przytomny, zorientowany, prowadzi normalne życie, jest zdolny do pracy, możliwość istnienia mało nasilonych deficytów neurologicznych (np. łagodna dysfagia, niedowład połowiczny umożliwiający samodzielność)
2	umiarkowane deficyty neurologiczne, zachowana świadomość, pacjent niezależny przy wykonywaniu podstawowych czynności (poruszanie się, jedzenie, ubieranie), możliwość pracy w warunkach chronionych
3	ciężkie uszkodzenie neurologiczne, pacjent przytomny, ale zależny od osób trzecich
4	śpiączka, stan wegetatywny, pacjent nieprzytomny, nieświadomy, bez kontaktu z otoczeniem
5	śmierć mózgu