

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی / درمانی:

ID Number:

کد ملی:

Unit No:

شماره پرونده:

فرم ثبت گزارش عملیات احیا

RESUSCITATION REPORT FORM (CPCR)

Attending physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Room: اتاق:	Bed: تخت:	Date of Birth: تاریخ تولد: (روز/ماه/سال)	Father Name: نام پدر:
Admission: پذیرش:	Female <input type="checkbox"/> زن جنس:	Date: تاریخ:	Arrest Location: مکان وقوع ایست قلبی تنفسی:
Date & Time: تاریخ و ساعت:	Male <input type="checkbox"/> مرد Gender:	Time: ساعت و دقیقه: (24h)	Inside the Hospital <input type="checkbox"/> داخل بیمارستان
این قسمت در مورد کودکان تکمیل گردد:		Arrest Time: زمان وقوع ایست قلبی تنفسی:	Out of Hospital <input type="checkbox"/> خارج بیمارستان
Weight: وزن:	Height: قد:	Date: تاریخ:	PMH: بیماری های زمینه ای قلبی:
kg..... کیلوگرم	cm..... سانتی متر	Time: ساعت و دقیقه: (24h)	پرفشاری خون <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی <input type="checkbox"/> سایر.....
Patient's Condition on Arrival: وضعیت بیمار در بدو ورود:		A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
Provisional Diagnosis: تشخیص اولیه:	Witnessed Arrest: در حضور شاهد:	No <input type="checkbox"/> خیر Yes <input type="checkbox"/> بلی	
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:	Former CPRs in Current Admission: سابقه احیا بیمار در بستری فعلی:	No <input type="checkbox"/> ندارد Yes <input type="checkbox"/> دارد	

اقدامات انجام شده: PROCEDURES:

BLS: انجام شد <input type="checkbox"/> Done انجام نشد <input type="checkbox"/> Not Done				توجه: در صورتیکه BLS توسط افرادی غیر از تیم احیا انجام گیرد، کادر زیر تکمیل گردد.			
Procedure: ..... وضعیت راه هوایی در معاینه اولیه (Airway Status in The First Exam): باز <input type="checkbox"/> Open مسدود <input type="checkbox"/> Blocked اقدام انجام شده: .....		Procedure: ..... تنفس (Breathing): دارد <input type="checkbox"/> Have ندارد <input type="checkbox"/> Don't Have اقدام انجام شده: .....		AED Usage: استفاده از AED: بلی <input type="checkbox"/> Yes خیر <input type="checkbox"/> No		مدت عملیات BLS (BLS Duration): ..... دقیقه (min)	
6. Medication: ۶. داروها:		1. Airway Management: ۱. روش مراقبت از راه هوایی:		2. The First Detected Cardiac Rhythm: ۲. اولین ریتم قلبی مشاهده شده:		3. Was Defibrillation Performed? ۳. دفیبریلاسیون انجام شد؟	
Name of Drugs/نام داروها:	mg	Frequency/دفعات:	Others <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> Combitube <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> ماسک لارنژیال <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> لوله تراشه	Detected Rhythm in PEA: ..... ریتم مشاهده شده در PEA: .....		بلی <input type="checkbox"/> Yes خیر <input type="checkbox"/> No در صورت بله مقدار ژول آخرین دوز: ..... و تعداد دفعات شوک: .....	
			4. Rhythm Change During CPR & Performed Action: ۴. تغییر ریتم قلبی حین عملیات احیا و اقدام انجام شده: .....		5. IV Access: ۵. راه وریدی:		
			7. Need of Temporary Pacemaker: ۷. نیاز به پیس میکر موقت داشت؟		داشت <input type="checkbox"/> Had نداشت <input type="checkbox"/> Didn't Have (راه وریدی..... دقیقه بعد از شروع عملیات احیاء تعیبه گردیده.)		

گزارش عملیات احیا: RESUSCITATION REPORT:

Date & Time of Death: تاریخ فوت: ..... ساعت فوت: .....		CPCR Duration: (CPCR Duration): ..... دقیقه (min)	
نتیجه احیا (CPCR Result): موفق <input type="checkbox"/> Successful فوت بیمار <input type="checkbox"/> Expired		در صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیا و ایجاد گردش خون خودبخودی، قسمت زیر تکمیل شود:	
تحت نظر در بخش: اورژانس <input type="checkbox"/> انتقال به ICU <input type="checkbox"/> انتقال به CCU <input type="checkbox"/> انتقال به سایر بخش ها (نام بخش ذکر گردد): .....			

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