

برنامه کد احیاء سال.....ماه.....

مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی / بیمارستان.....

تأیید کننده برنامه.....

شيفت	مورخ		/۱	/۲	/۳	/۴	/۵	/۶	/۷	/۸	/۹	/۱۰	/۱۱	/۱۲	/۱۳	/۱۴	/۱۵
	اعضا																
صبح	پزشک مقیم	(۱)															
	سوپروایزر	(۲)															
	تکنسین بیهوشی	(۳- A)															
	پرستار	(۴- B)															
	پرستار	(۵- C)															
	پرستار	(۶- D)															
عصر	پزشک مقیم	(۱)															
	سوپروایزر	(۲)															
	تکنسین بیهوشی	(۳- A)															
	پرستار	(۴- B)															
	پرستار	(۵- C)															
	پرستار	(۶- D)															
شب	پزشک مقیم	(۱)															
	سوپروایزر	(۲)															
	تکنسین بیهوشی	(۳- A)															
	پرستار	(۴- B)															
	پرستار	(۵- C)															
	پرستار	(۶- D)															

شرح وظایف اعضا: ۱- مسئول هماهنگی تیم ۲- ناظر تیم ۳- مسئول بازنگهداشتن راه هوایی ۴- برقراری تنفس ۵- مسئول برقراری گردش خون و ماساژ قلب ۶- مسئول دارویی