

فرم نظارت بر عملکرد اعضا تیم کد احیاء

مرکز پزشکی، آموزشی درمانی / بیمارستان تاریخ:

نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	سن:	نام بخش:	تشخیص بیماری:
نام پزشک معالج:		شماره پرونده:		تاریخ و ساعت ایست قلبی - تنفسی:	
ساعت اعلام کد		ساعت شروع CPR:			
زمان حضور تیم احیاء:					
اعضاء		نام و نام خانوادگی		ساعت حضور	
پزشک حاضر در زمان ایست قلبی					
پزشک بیهوشی					
پرستار A					
پرستار B					
پرستار C					
پرستار D					
سایر اعضا (در صورت نیاز به حضور)					
سوالات					
خیر	بلی				
		ماساژ قلبی طبق اصول استاندارد انجام شد؟			
		شوک قلبی با مهارت صحیح و بارعایت نکات ایمنی صورت گرفت؟			
		دستگاه شوک قلبی سالم و آماده استفاده بود؟			
		برقراری تهویه هوایی با آمبویگ و ماسک طبق اصول استاندارد انجام شد؟			
		لوله گذاری داخل تراشه با تکنیک صحیح و در حداقل زمان صورت گرفت؟			
		از دستگاه پیس میکر طبق اصول استاندارد استفاده شده است؟ (در صورت نیاز)			
		سرم تریپی طبق اصول استاندارد انجام شد؟			
		دارو و تجهیزات مطابق آخرین استاندارد ترالی کد موجود بود؟			
		حمایت روحی و عاطفی در حین و بعد از عملیات احیا از خانواده بعمل آمد؟			
		در صورت فوت بیمار جسد به روش صحیح در کاور گذارده و تحویل سردخانه گردید؟			
		هماهنگی و همکاری بین اعضای تیم در تمامی مراحل دیده شد؟			
		سایر موارد:			
نتیجه اقدامات احیاء:		موفق:	ناموفق:	ساعت اتمام CPR:	
مشکلات مشاهده شده در حین CPR:					
اقدامات صورت پذیرفته در خصوص مشکلات:					
نتایج پیگیری:					
نام و امضاء پزشک مسئول تیم:		نام و امضاء سوپروایزر ناظر تیم:			

لازم به ذکر است سوالات مندرج در فرم نظارتی توسط پزشک مسئول تیم و سایر قسمت‌های فرم توسط سوپروایزر ناظر تیم و در طی دوند نسخه تکمیل گردد و در پایان CPR به امضاء کلیه اعضای حاضر در تیم رسانده شود.