

Hastanın Adı Soyadı:

Yaşı:

Protokol No:

HASTANIN MEVCUT DURUMU	MAVİ KOD EKİBİNİN UYGULAMALARI
Hastanın mevcut tanısı .....	<input type="checkbox"/> Prekardiyal yumruk
Hasta monitörizemiydi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> EKG monitorizasyonu
Damar yolu mevcut muydu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Entübasyon
Pirimer Hekimine haber verildimi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Mekanik Ventilasyon
Mavi kod verildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Eksternal göğüs kompresyonu
Görgü tanığı var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> IV yol açılması
<b>OLASI NEDENLER</b>	<input type="checkbox"/> IV ilaç uygulaması
Ciddi ritm bozukluğu <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Defibrilasyon- Kardioversiyon
Solunum depresyonu <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> İntra arteriyel kateter
Hipotansiyon <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diğer.....
Metabolik Nedenler <input type="checkbox"/>	
Mİ ya da koroner iskemi <input type="checkbox"/>	<b>ZAMAN KAYDI</b>
Bilinmeyen Nedenler <input type="checkbox"/>	Mavi kod takımı çağrıldı St...../.....
Diğer..... <input type="checkbox"/>	Mavi kod takımı geldi St...../.....
<b>BAŞLANGIÇ BİLGİLERİ</b>	Arrest tanımlandı St...../.....
Bilinç açık <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	CPR başladı St...../.....
Solunum <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	1. Defibrilasyon .....Joule.....
Nabız <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Hava yolu sağlanması St...../.....
<b>MONİTORİZE EDİLDİ Mİ ?</b>	1. Doz adrenalin .....mg.....
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Saati.....	<input type="checkbox"/> IV St...../.....
<b>KALP RİTMİ</b>	<input type="checkbox"/> Endotrakeal St...../.....
<input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT	<b>CPR SONLANDIRMA ZAMANI</b>
<input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Bradikardi	Nedeni:
<input type="checkbox"/> Asistol <input type="checkbox"/> Elektromekanik Disosiyasyon	<input type="checkbox"/> Spontan dolaşım sağlandı. Zaman .....dk
<b>RESÜSİTASYON UYGULANDI MI</b>	<input type="checkbox"/> Devamlılığı sağlanamayan dolaşım
<input type="checkbox"/> Kalp masajı <input type="checkbox"/> DNR	<input type="checkbox"/> <20 dakika
<input type="checkbox"/> Defibrilasyon <input type="checkbox"/> Ölü bulundu	<input type="checkbox"/> > 20 dakika
<input type="checkbox"/> Entübasyon <input type="checkbox"/> Noninvasive Ventilasyon	<input type="checkbox"/> > 24 saat
	<input type="checkbox"/> Spontan dolaşım hiç sağlanamadı
<b>EKİBİ</b>	<input type="checkbox"/> Eksitus St...../.....
<input type="checkbox"/> Doktor.....	<b>KENDİNE GELME ZAMANI</b>
<input type="checkbox"/> Klinik Asistan.....	Tarih:...../...../.....Saat.....
<input type="checkbox"/> Hemşire .....	<b>SONUÇLAR</b>
<input type="checkbox"/> Anestezi Teknikeri.....	<input type="checkbox"/> Yoğun Bakıma alındı
<input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> Ameliyathaneye alındı
	<input type="checkbox"/> Başka hastaneye sevk
	<input type="checkbox"/> Diğer.....

