

Pieczęć oddziału	KARTA RESUSCYTACJI	
	Imię i nazwisko	
	Pesel / Data urodzenia	Data i godzina przybycia do szpitala

ROZPOZNANIE		
WYWIAD		
<input type="checkbox"/> Choroba wieńcowa <input type="checkbox"/> Zawał serca - data <input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> Niewydolność serca <input type="checkbox"/> Migotanie przedsionków <input type="checkbox"/> Wada serca – rodzaj <input type="checkbox"/> Tamponada worka osierdziowego <input type="checkbox"/> POChP / Astma <input type="checkbox"/> Niewydolność oddechowa <input type="checkbox"/> Odma opłucnowa <input type="checkbox"/> Uraz wielonarządowy	<input type="checkbox"/> Krwotok / hipowolemia <input type="checkbox"/> Udar mózgu – data <input type="checkbox"/> Śpiączka GCS <input type="checkbox"/> Cukrzyca – glikemia <input type="checkbox"/> Zaburzenia elektrolitowe <input type="checkbox"/> Niewydolność nerek <input type="checkbox"/> Choroba zatorowo – zakrzepowa <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Zatrucie <input type="checkbox"/> Inne	

DATA	GODZINA			
	Rozpoczęcia	Wezwania zespołu	Przybycia zespołu	Zakończenia
<input type="checkbox"/> Pozostaje w oddziale macierzystym		<input type="checkbox"/> Przeniesienie do OIT	<input type="checkbox"/> Zgon	

PRZEBIEG RESUSCYTACJI															
CZAS															
LEKI															
Adrenalina															
Zapis EKG*															
Defibrylacja**															
* RZ – rytm zatokowy, ASY – asystolia, VF – migotanie komór, PEA – rozkojarzenie EM														** wpisz wartość w J	

<input type="checkbox"/> BLS <input type="checkbox"/> ALS	<input type="checkbox"/> Masaż serca pośredni <input type="checkbox"/> Defibrylacja <input type="checkbox"/> Masaż serca pośredni <input type="checkbox"/> Elektroda endokawitalna <input type="checkbox"/> Lucas	<input type="checkbox"/> Wentylacja UU / UN / Ambu + maska twarzowa <input type="checkbox"/> Rurka ustno – gardłowa nr <input type="checkbox"/> Maski krtaniowa nr <input type="checkbox"/> Intubacja dotchawicza ϕ <input type="checkbox"/> Ambu + maska twarzowa	<input type="checkbox"/> Dostęp dożylny Żyła – <input type="checkbox"/> Inne
	<input type="checkbox"/> Wentylacja mechaniczna	Tryb PEEP (cmH2O)	Objętość (ml) PS (cmH2O) Częstość (/min) FiO2

Podpisy i pieczętki lekarzy	Podpisy i pieczętki pielęgniarek