

NEVES JELENTÉSI RENDSZER ÚJRAÉLESZTÉSEK JELENTÉSI LAPJA V3.

Újraélesztés: A légzés és keringés (alapvető életfunkciók) mesterséges pótlása.

Kitöltendő: minden újraélesztési (resuscitatio) kísérlet vagy riasztás esetén.

Adatszolgáltató intézmény* _____ **Az esemény azonosítója*** _____

Osztály azonosítója* _____

Az intézmény, az osztály és az esemény azonosítói a NEVES elektronikus felületén automatikusan generált kódok. Papír alapú adatgyűjtés esetén használható belső azonosítási rendszer, vagy a program által adott kódok. Utóbbi esetben az esemény azonosítója utólagosan, az elektronikus adatrögzítés alkalmával rögzíthető a papíron.

1. Betegjellelmzők

1.1. Életkor (életév): _____ **1.2. Nem*** Férfi Nő

1.3. Az újraélesztésre került személy*

Ellátó, intézmény dolgozója Fekvőbeteg Járóbeteg Látogató, kísérő Egyéb: _____

1.4. Kórházi beteg esetén a felvétel jellege Nem ismert Sürgős Tervezett

1.5. A beteg keringésleállításának hátterében álló feltételezett egészségi probléma* (több is jelölhető)

Akut miokardiális infarktusz Daganatos betegség Egyéb keringésrendszeri probléma Egyéb szövődmény, gyógyszer mellékhatás Fulladás vagy egyéb légzésszavar Mérgezés, anafilaxia Műtétes ellátással kapcsolatos szövődmény Nem ismert Öngyilkosság Ritmuszavar Stroke Szívelégtelenség Traumás esemény Egyéb: _____

1.6. A beteg egészségi állapota alapján a keringésleállítás bekövetkezése*

Nem ismert Sejthető Váratlan

2. Az esemény helyszínének jellemzői

2.1. Milyen típusú egységben történt az esemény?*

Aktív, nem műtétes Ápolási/ krónikus osztály Diagnosztikai egység Egynapos sebészet Járóbeteg Közterület (lépcsőház, park stb.) Műtétes Rehabilitációs Egyéb: _____

2.2. Az esemény helyszíne* A beteg ellátásáért felelős szervezeti egység Más helyszín

2.3. Van állandóan elérhető, erre a feladatra kijelölt újraélesztési team?*

Nem ismert Nincs Van

2.4. Az újraélesztéshez rendelkezésre álló eszközök az intézményben* (több is jelölhető)

Defibrillátor EKG monitor Oxigén Reanimációs tálca / táská Szívó

2.5.1. Kórházi ellátás esetén a megelőző műszakváltás dátuma (év, hónap, nap) ____ / ____ / ____

2.5.2. Kórházi ellátás esetén a megelőző műszakváltás időpontja (24 órás formátum) ____ óra/ ____ perc

2.6.1. Kórházi ellátás esetén az esemény helyszínén az esemény idején jelenlévő ápoló/

asszisztens létszám: _____

2.6.2. Kórházi ellátás esetén az esemény helyszínén az esemény idején jelenlévő betegszám: _____

3. Az esemény leírása

3.1. Kórházi beteg esetén a kórházi felvétel dátuma (év, hónap, nap) ____ / ____ / ____

3.2. Az esemény észlelésének dátuma* (év, hónap, nap) ____ / ____ / ____

3.3. Az esemény észlelésének időpontja ____ óra/ ____ perc

3.4. Az esemény észlelésének napja* Munkanap Munkaszüneti nap Nem ismert

3.5. Az esemény észlelésének időpontja* Nappal Nem ismert Ügyeletben

3.6. Megelőző munkaszüneti napok száma* (nap) _____

Jellemzően szombat és vasárnap munkaszüneti nap, kivéve az ünnepeket és átrendezéseket; a hétfőt megelőző munkaszüneti napok száma így általában 2, a szerdát megelőző munkaszüneti napok száma általában 0.

3.7. Milyen tevékenység közben történt a keringésleállítás?*

Alvás, ágyban fekvés Nem ismert vagy vizsgálat

Ápolási ténykedés (pl. ágyneműcsere, fürdetés) Orvosi Séta, étkezés

Gyógytorna beavatkozás Egyéb: _____

3.8. Ha orvosi beavatkozás vagy vizsgálat közben történt, akkor az

Anesztéziában végzett műtét, beavatkozás Egyéb vizsgálat Képpalkotó vizsgálat

Egyéb beavatkozás Invazív vizsgálat Kontrasztanyag vizsgálat

3.9. A beteg monitorozva volt?*

Igen és a monitor riasztott Igen, de nem a monitor riasztott Nem

3.10. A keringésleállítás észlelője*

- Az ellátásban közreműködő orvos Bizonytalan Nem ismert
 Az ellátásban közreműködő szakdolgozó Egyéb intézményi dolgozó Nem volt szemtanú
 Betegtárs Látogató Egyéb: _____

3.11. A keringésleállítás és az észlelés azonos időpontban történt?

- Igen Nem Nem ismert

3.12. Az észlelő által végzett tevékenységek* (több is jelölhető)

- Segélyhívás Újraélesztés megkezdése Újraélesztési team riasztása Egyéb: _____

3.13. Az újraélesztést megkezdő személy

- Az ellátásban közreműködő orvos Laikus
 Az ellátásban közreműködő szakdolgozó Egyéb: _____

3.14. Az első újraélesztési tevékenységek (több is jelölhető)

- Defibrilláció Mellkas Mesterséges lélegeztetés Vénabiztosítás
 Életjelek keresése, pozicionálás kompresszió Nem volt ilyen Egyéb: _____
 Légútbiztosítás tevékenység

3.15. További közreműködők az újraélesztésben (több is jelölhető)

- Újraélesztő team Nem team tag ápoló Betegkísérő
 Nem team tag orvos Nem team tag szakasszisztens Egyéb: _____

3.16. Ha volt közreműködő újraélesztő team

3.16.1. A team megérkezéséig eltelt idő (perc) _____

3.16.2. Orvosok száma a team-ben: _____

3.16.3. Képzett szakdolgozók száma a team-ben: _____

3.16.4. Egyéb team-tagok száma: _____

3.17. Ha nem volt közreműködő újraélesztő team, ennek oka

- A riasztás megtörtént, de a team tagok nem voltak elérhetőek Későn riasztották Nem riasztották, mert nem volt értelme Rosszul riasztották Egyéb: _____
 Nem ismert Nincs kijelölt team

3.18. Az újraélesztés során végzett további tevékenységek

- Artériás katéterezés Garatleszívás Mesterséges lélegeztetés Trachea váladék leszívás
 Defibrillálás Intubáció Nem történt Vénabiztosítás
 EKG készítés IV gyógyszerelés Pacemaker beültetés Egyéb: _____
 Életjelek keresése, pozicionálás Légútbiztosítás Mellkas kompresszió

3.19. Eszközök használata az újraélesztés során

3.19.1. Oxigén

- Használták, nem volt gátló tényező Nem tudták használni, mert az eszköz nem volt elérhető
 Nem kívánták használni Nem tudták használni, mert nem ismerték a kezelési módját
 Nem tudták használni, mert az eszköz használatra alkalmatlan állapotban volt

3.19.2. Szívó

- Használták, nem volt gátló tényező Nem tudták használni, mert az eszköz nem volt elérhető
 Nem kívánták használni Nem tudták használni, mert nem ismerték a kezelési módját
 Nem tudták használni, mert az eszköz használatra alkalmatlan állapotban volt

3.19.3. Defibrillátor

- Használták, nem volt gátló tényező Nem tudták használni, mert az eszköz nem volt elérhető
 Nem kívánták használni Nem tudták használni, mert nem ismerték a kezelési módját
 Nem tudták használni, mert az eszköz használatra alkalmatlan állapotban volt

3.19.4. EKG monitor

- Használták, nem volt gátló tényező Nem tudták használni, mert az eszköz nem volt elérhető
 Nem kívánták használni Nem tudták használni, mert nem ismerték a kezelési módját
 Nem tudták használni, mert az eszköz használatra alkalmatlan állapotban volt

3.19.5. Reanimációs tálca/ táska

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Használták, nem volt gátló tényező | <input type="checkbox"/> Nem tudták használni, mert az eszköz nem volt elérhető |
| <input type="checkbox"/> Nem kívánták használni | <input type="checkbox"/> Nem tudták használni, mert nem ismerték a kezelési módját |
| <input type="checkbox"/> Nem tudták használni, mert az eszköz használatra alkalmatlan állapotban volt | |

3.20. Ha nem történt újraélesztésre irányuló beavatkozás, ennek oka (több is jelölhető)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Félelemből eredő tehetetlenség | <input type="checkbox"/> Tájékozatlanság, helyismeret hiánya |
| <input type="checkbox"/> Reanimációs ismeretek hiánya | <input type="checkbox"/> Terminális állapotú, gyógyíthatatlan beteg |
| <input type="checkbox"/> Reménytelennek tartották | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

3.21.1. Ha történt kísérlet, az újraélesztés kezdési dátuma (év, hónap, nap) ____ / ____ / ____

3.21.2. Ha történt kísérlet, az újraélesztés kezdési időpontja (24 órás formátum) ____ óra / ____ perc

3.21.3. Ha történt kísérlet, az újraélesztés befejezésének időpontja (24 órás formátum)

____ óra / ____ perc

3.22. Egyéb, fentiekben nem részletezett fontos körülmény

4. Az esemény következményei

4.1. Az újraélesztés kimenetele*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sikeres (keringés, légzés visszatér) | <input type="checkbox"/> Sikertelen (halál tényének megállapítása) |
|---|--|

4.1.1. Ha sikeres, akkor mik a várható következmények?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fizikai sérülés | <input type="checkbox"/> Vélhető az agyi hipoxiás károsodás |
| <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Vélhetően nincs egészségkárosodás |

5. Az esemény részletes leírása

5.1. Az esemény körülményeinek részletes leírása, beleértve az eddig nem azonosított fontos körülményeket

6. Kitöltés

6.1. Kitöltés dátuma (év, hónap, nap) ____ / ____ / ____

6.2. Adatlapot kitöltő(k) szakképzettsége: (pl. szakorvos, szakápoló, adminisztrátor, stb.) _____

6.3. Az adatlap kitöltése a beavatkozást követően

- | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> <1 óra | <input type="checkbox"/> Aznap | <input type="checkbox"/> Azonnal | <input type="checkbox"/> Másnap | <input type="checkbox"/> Több, mint 2 nappal később |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|