

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی / درمانی :

ID Number:

کد ملی:

Unit No:

شماره پرونده:

فرم ثبت گزارش عملیات احیا

RESUSCITATION REPORT FORM (CPCR)

Attending physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Admission: پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد: (روز/ماه/سال)	Father Name: نام پدر:
Date & Time: تاریخ و ساعت:	Female ☐ زن جنس:	Male ☐ مرد Gender:	
این قسمت در مورد کودکان تکمیل گردد:		Arrest Time: زمان وقوع ایست قلبی تنفسی:	Arrest Location: مکان وقوع ایست قلبی تنفسی:
Weight: وزن:	Height: قد:	Date: تاریخ:	Inside the Hospital ☐ داخل بیمارستان
kg..... کیلوگرم	cm..... سانتی متر	Time: ساعت و دقیقه: (24h)	Out of Hospital ☐ خارج بیمارستان
PMH: بیماری های زمینه ای قلبی:		Patient's Condition on Arrival: وضعیت بیمار در بدو ورود:	
..... سایر ☐ بیماری قلبی عروقی ☐ دیابت ☐ پرفشاری خون ☐		A ☐ V ☐ P ☐ U ☐	
Provisional Diagnosis: تشخیص اولیه:		Witnessed Arrest: در حضور شاهد: No ☐ خیر Yes ☐ بلی	
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:		Former CPRs in Current Admission: سابقه احیا بیمار در بستری فعلی: No ☐ ندارد Yes ☐ دارد	

PROCEDURES: اقدامات انجام شده:

BLS: انجام شد ☐ Done انجام نشد ☐ Not Done				توجه: در صورتیکه BLS توسط افرادی غیر از تیم احیا انجام گیرد، کادر زیر تکمیل گردد.			
Basic Life Support		Masaz قلبی (Chest Compression): انجام شد ☐ Done انجام نشد ☐ Not Done		وضعیت راه هوایی در معاینه اولیه (Airway Status in The First Exam): باز ☐ Open مسدود ☐ Blocked اقدام انجام شده:		Procedure:	
Breathing): تنفس (Breathing): دارد ☐ Have ندارد ☐ Don't Have اقدام انجام شده:		استفاده از AED (AED Usage): بلی ☐ Yes خیر ☐ No مدت عملیات BLS (BLS Duration):		مدت (min) دقیقه		Procedure:	
Advanced Cardiac Life Support		1. Airway Management: روش مراقبت از راه هوایی:		2. The First Detected Cardiac Rhythm: اولین ریتم قلبی مشاهده شده:		3. Was Defibrillation Performed? ۳. دفیبریلاسیون انجام شد؟	
ETT ☐ لوله تراشه		LMA ☐ ماسک لارنژیال		Combitube ☐ سایر ☐ Others		PEA ☐ VT ☐ VF ☐ Asystole ☐ Rhythm in PEA: ریتم مشاهده شده در PEA:	
ذکر شود:		ذکر شود:		ذکر شود:		ذکر شود:	
4. Rhythm Change During CPR & Performed Action: تغییر ریتم قلبی حین عملیات احیا و اقدام انجام شده:		5. IV Access: ۵. راه وریدی:		6. Medication : ۶. داروها:		7. Need of Temporary Pacemaker: ۷. نیاز به پیس میکر موقت داشت؟	
Had ☐ داشت		Didn't Have ☐ نداشت		Name of Drugs/نام داروها		No ☐ خیر	
Ext ☐ خارجی		Int ☐ داخلی		mg		Yes ☐ بلی	
علت:		راه وریدی: (راه وریدی) دقیقه بعد از شروع عملیات احیاء تعبیه گردید. (		Frequency/دفعات		علت:	

RESUSCITATION REPORT: گزارش عملیات احیا:

مدت عملیات احیا (CPCR Duration):		نتیجه احیا (CPCR Result): موفق ☐ Successful فوت بیمار ☐ Expired	
Date & Time of Death: تاریخ فوت:		در صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیا و ایجاد گردش خون خودبخودی، قسمت زیر تکمیل شود:	
انتقال به CCU ☐ انتقال به ICU ☐ اورژانس ☐ تحت نظر در بخش:		انتقال به سایر بخش ها (نام بخش ذکر گردد):	

Name of Nurse: نام و نام خانوادگی پرستار مسؤول بیمار:	Name of Physician: نام و نام خانوادگی پزشک مسؤول تیم احیا:
Seal & Signature: مهر و امضاء	Seal & Signature: مهر و امضاء

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - ۱۳۰۱/۲۱

فرم ثبت گزارش عملیات احیا

V1

برگ دوم: بایگانی دفتر پرستاری

برگ اول: ضمیمه پرونده بیمار به عنوان گزارش عملیات احیا

توجه: این فرم را در دو برگ تکمیل نمایید: