

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی / درمانی:

Unit Number: شماره پرونده:

فرم نظارت و پایش احیاء

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:		
	Bed: تخت:		
Admission: پذیرش:	Female <input type="checkbox"/> زن جنس:	Date of Birth: تاریخ تولد: (روز/ماه/سال):	Father Name: نام پدر:
Date & Time: تاریخ و ساعت:	Male <input type="checkbox"/> 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: kg..... کیلوگرم	Height: قد: سانتی متر..... cm	Date: تاریخ:	Inside the Hospital <input type="checkbox"/> داخل بیمارستان
		Time: ساعت و دقیقه: (۲۴h)	Out of Hospital <input type="checkbox"/> خارج بیمارستان
زمان دقیق پایان عملیات احیاء:	زمان دقیق شروع عملیات احیاء:	زمان دقیق اعلام کد احیاء:	
..... ساعت: دقیقه: ساعت: دقیقه: ساعت: دقیقه:	
مدت عملیات احیاء: دقیقه	نام و سمت اعلام کننده کد احیاء:	آیا اعلام کد احیاء بلافاصله صورت گرفته است؟	
		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد دفعات تکرار:	
در صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیاء قسمت زیر تکمیل شود:		نتیجه احیاء:	
انتقال به: <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> ICU سایر بخش ها یا مراکز دیگر (ذکر شود):		موفق <input type="checkbox"/> فوت بیمار <input type="checkbox"/> (تاریخ فوت: ساعت فوت:) (.....)	

اعضای تیم احیاء

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت و درجه علمی	مهر و امضاء	زمان ورود (ساعت و دقیقه)
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				

مشکلات مشاهده شده در حین عملیات احیاء

تجهیزات:

نیروی انسانی:

سایر موارد (ذکر شود):

اقدامات صورت پذیرفته در خصوص مشکلات ذکر شده و نتایج پیگیری

تجهیزات:

نیروی انسانی:

سایر موارد (ذکر شود):

نام و نام خانوادگی و امضاء

توجه: این فرم در دفتر پرستاری بایگانی شود.

سوپروایزر ناظر بر عملیات احیاء