

ANEXO III

HOJA DE ASISTENCIA PRESTADA SEGÚN MODELO UTSTEIN

DATOS GENERALES			
FECHA (dd/mm/aaaa)		Hora Llamada:	
Lugar del suceso:		<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Centro de trabajo	
DATOS PACIENTE			
NOMBRE DEL PACIENTE:			
SEXO:	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	EDAD:	años
PARADA CARDIORESPIRATORIA			
PCR presenciada	<input type="checkbox"/> SI	Hora de la PCR:	
	<input type="checkbox"/> NO	Hora descubrimiento PCR:	
MANIOBRAS DE SOPORTE VITAL REALIZADAS			
RCPB	<input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Por personal sanitario <input type="checkbox"/> Por primeros intervinientes <input type="checkbox"/> Otros:	
	Hora de Inicio RCPB:	Hora de cese RCPB:	
	Motivo cese RCPB	<input type="checkbox"/> Recupera pulso <input type="checkbox"/> Orden médica (CCU) <input type="checkbox"/> Transferencia a UVI móvil 061 <input type="checkbox"/> Traslado a Hospital <input type="checkbox"/> Éxito <input type="checkbox"/> Otros:	
DEFIBRILACION EXTERNA SEMIAUTOMATICA	Hora de inicio:		
	Ritmo inicial desfibrilable (DESCARGA ACONSEJADA)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Hora 1ª desfibrilación:	Nº de choques:	
	Cambio de ritmo inicial:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Recupera pulso:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
FINALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA			
Hora finalización asistencia:			
Primeros intervinientes: (Nombre y firma)		Responsable equipo: (Nombre y firma)	