

ANEXO III

HOJA DE ASISTENCIA PRESTADA SEGÚN MODELO UTSTEIN

DATOS GENERALES		
FECHA (dd/mm/aaaa) []	Hora Llamada: []	Nº 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"/> Éxitus <input type="checkbox"/> Otros: [] .
	DESFIBRILACION 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) []	