

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie**

ul.K.K.Baczyńskiego 1

55-200 Oława

REGON: 000306816 NIP: 912-16-50-658

**KARTA RESUSCYTACJI  
NAGŁEGO ZATRZYMANIA  
KRAŻENIA**

tel.: +48 (71) 301-13-00

fax.: +48 (71) 301-13-12

www.zozolawa.wroc.pl [sekretariat@zozolawa.wroc.pl](mailto:sekretariat@zozolawa.wroc.pl)

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA .....		PESEL .....		DATA UR. .....		NUMER KG .....	
DATA PRZYJĘCIA DO SZPITALA .....		DOBA POBYTU W SZPITALU .....				DATA/GODZINA NZK .....	
MIEJSCE NZK/RKO .....				ŚWIADKOWIE ZDARZENIA <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
MONITOROWANIE PRZED NZK <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> NIBP <input type="checkbox"/> PULSOKSYMETRIA <input type="checkbox"/> BRAK <input type="checkbox"/> DOSTĘP DOŻYŁNY							
NZK ROZPOZNANE PRZEZ <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> RATOWNIKA <input type="checkbox"/> PIEŁĘGNIARKE		CZAS PODJĘCIA ZABIEGÓW RESUSCYTACYJNYCH .....		KTO PODJĄŁ CZYNNOŚCI RESUSCYTACYJNE <input type="checkbox"/> LEKARZ <input type="checkbox"/> PIEŁĘGNIARKA <input type="checkbox"/> RATOWNIK <input type="checkbox"/> PRZECHODZIEN			
MECHANIZM NZK <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT BEZ TĘTNA <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> ASYSTOLIA		PRZYCZYNA NZK <input type="checkbox"/> ZABURZENIA ELEKTROLITOWE <input type="checkbox"/> NEUROLOGICZNA <input type="checkbox"/> KARDIOLOGICZNA <input type="checkbox"/> CHOROBA <input type="checkbox"/> ODDECHOWA <input type="checkbox"/> HIPOWOLEMIA <input type="checkbox"/> NOWOTWOROWA <input type="checkbox"/> URAZ <input type="checkbox"/> NIEZNANA <input type="checkbox"/> INNA.....					
CZYNNOŚCI WYKONANE DO CZASU PRZYBYCIA ZESPOŁU „R” <input type="checkbox"/> MASAŻ POŚREDNI SERCA <input type="checkbox"/> KANIULACJA ŻYŁY <input type="checkbox"/> WENTYLACJA AMBU <input type="checkbox"/> DEFIBRYLACJA <input type="checkbox"/> INTUBACJA <input type="checkbox"/> LEKI..... <input type="checkbox"/> UDROŻNIENIE DRÓG ODDECHOWYCH ..... <input type="checkbox"/> MONITOROWANIE <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> NIBP <input type="checkbox"/> PULSOKSYMETRIA <input type="checkbox"/> INNE .....							
CZAS PRZYBYCIA ZESPOŁU R .....							
CZYNNOŚCI PODJĘTE PO PRZYBYCIU ZESPOŁU R							
LEK/CZYNNOŚCI		ILE		INTERWENCJA			
<input type="checkbox"/> ATROPINA				<input type="checkbox"/> POŚREDNI MASAŻ SERCA			
<input type="checkbox"/> ADRENALINA				<input type="checkbox"/> WENTYLACJA AMBU			
<input type="checkbox"/> DEFIBRYLACJA				<input type="checkbox"/> INTUBACJA			
<input type="checkbox"/> TLEN				<input type="checkbox"/> MONITOROWANIE <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> NIBP <input type="checkbox"/> SO2			
<input type="checkbox"/> CORDARONE				<input type="checkbox"/> KANIULACJA ŻYŁY			
<input type="checkbox"/> INNE				<input type="checkbox"/> INNE			
ZAKOŃCZENIE RKO: DATA/GODZINA .....							
POWRÓT SPONTANICZNEGO KRAŻENIA		<input type="checkbox"/> <5 MIN	<input type="checkbox"/> 10-20 MIN	<input type="checkbox"/> 30-45 MIN	<input type="checkbox"/> ZGON		DATA/GODZ ZGONU .....
		<input type="checkbox"/> 5-10 MIN	<input type="checkbox"/> 20-30 MIN	<input type="checkbox"/> 45-60 MIN			
PRZEKAZANIE CHOREGO DO:				<input type="checkbox"/> OAIT		<input type="checkbox"/> INNY ODDZIAŁ .....	
UWAGI:				PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA		PODPIS I PIECZĄTKA PIEŁĘGNIARKI	