ETIQUETA DO PACIENTE

Data do atendimento: ____/____/____ Horário de atendimento:_____

Ritmo inicial de PCR: _____ Causa: _____

Retorno à circulação espontânea > 20min: ( ) Sim ( ) Não Óbito: ( ) Sim ( )Não

Horário de chamada da equipe: _____ Horário de chegada da equipe:_____

Intervenções Pré Parada

Monitor: ( ) Sim ( ) Não

Acesso Venoso: ( ) Sim ( ) Não

Oximetro de pulso: ( ) Sim ( ) Não

Drogas Vasoativas: ( ) Sim ( ) Não

IOT: ( ) Sim ( ) Não

Cateter arterial: ( ) Sim ( ) Não

BIA: ( ) Sim ( ) Não

Tempo	**Ritmo**	**Desfribilação** (Joules)	**RCP**	**Medicação** (nome / dose)	**Comentários** (acesso venoso, IOT, sinais vitais)

***Legenda dos cursos realizados: BLS / ACLS / IBLS (Instrutor de BLS) / IACLS (Instrutor ACLS**)

Equipe que atendeu a parada (nome e carimbo):

Médico(s): _____Curso(s)_____

Enfermeiro(s):_____Curso(s)_____

Aux.(s) enfermagem: _____Curso(s)_____

Téc.(s) enfermagem:_____Curso(s)_____