

NOTIFICACIÓN DE EVENTO DE CLIENTE

Información de quien notifica el evento

Nombre de quien notifica el evento:	
Teléfono:	
Email:	
Nombre del distribuidor:	

Información del usuario

País:	
¿El usuario estaba capacitado?	☐ Sí ☐ No
Proveedor de la capacitación (si se conoce):	

Información del dispositivo

Tipo de dispositivo (marcar uno)	Número de serie	Versión de software
☐ SAM 300		
☐ SAM 300P		
☐ SAM 350P		
☐ SAM 500P		
☐ DEA		
☐ PDU		

Accesorios

Otros accesorios usados

Información del Pad-Pak

Tipo de Pad-Pak (marcar uno)	Número de lote/serie	Fecha de vencimiento
☐ Adulto		
☐ Pediátrico		
☐ Data-Pak		

Información del paciente

☐ Hombre ☐ Mujer	Edad (años):	Hora de uso (local):	Fecha de uso:
--	--------------	----------------------	---------------

Condiciones médicas preexistentes (si se conocen)

Condición médica (marcar todas las que corresponden)	Detalles
☐ Diabetes Mellitus	
☐ Hipertensión	
☐ Hiperlipidemia	
☐ Marcapasos implantado	
☐ Otra	

Información del evento

¿El evento fue presenciado por alguien?	☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, ¿por quién(es)?
¿Algún espectador le administró RCP a la víctima antes de que enciendan el DEA?	☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, ¿por cuánto tiempo?
¿Cuál fue el tiempo de respuesta del socorrista? (desde el PCS hasta que tomó el DEA)		
¿El paciente estaba respirando al llegar el socorrista?	☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe	
¿El paciente tenía pulso antes de comenzar la RCP?	☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe	
¿Se administró una descarga?	☐ Sí ☐ No	

Lugar en el que se intentó la resucitación

Lugar (marcar uno)	Detalles
☐ Hogar	
☐ Oficina	
☐ Centro médico	
☐ Centro de deportes	
☐ Espacio público	
☐ Otro	

Ritmo cardíaco de la víctima (si se sabe)

Ritmo cardíaco (marcar uno)	Detalles
☐ FV	
☐ TV	
☐ AESP	
☐ Asistolia	
☐ Ritmo sinusal	
☐ No desfibrilable	
☐ Otro	

Resultado del paciente

Resultado (marcar uno)	Detalles
☐ Sobrevivió hasta la admisión hospitalaria	
☐ Sobrevivió hasta el alta hospitalaria	
☐ No sobrevivió	

¿El dispositivo usado está disponible para investigación, si es necesario?

☐ Sí ☐ No

¿Se descargó el archivo de registro del evento usando el software Saver EVO?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es no, ¿le gustaría que HeartSine le proporcionara una versión impresa o descargada del archivo de registro del evento?

☐ Sí ☐ No

☐ Impresa ☐ Descargada

Comentarios adicionales / sugerencias

Notificación/descripción del evento

Para uso de HeartSine solamente

Forward Hearts

¿Se informó al sobreviviente sobre el programa 'Forward Hearts' de HeartSine? (http://es.heartsine.com/forward-hearts)	☐ Sí ☐ No
¿El sobreviviente desea participar en el programa Forward Hearts?	☐ Sí ☐ No

Firma: _____

Fecha: _____

ESTADOS UNIDOS/AMÉRICAS

Fax: +1 (215) 860 8192

Correo: HeartSine Technologies Inc.
121 Friends Lane, Suite 400
Newtown, PA 18940 USA

EUROPA/RESTO DEL MUNDO

Fax: 44 28 9093 9401

Correo: HeartSine Technologies Ltd.
203 Airport Road West, Belfast,
Irlanda del Norte BT3 9ED

Email: support@heartsine.com