

Report di evento del cliente

IL MODULO NON DEVE CONTENERE INFORMAZIONI CHE CONSENTANO DI IDENTIFICARE IL PAZIENTE

Non fornire alcuna informazione in grado di consentire l'identificazione delle persone, quali nome del paziente, indirizzo o ubicazione dell'ospedale.

Informazioni sul paziente

Uomo Donna Genere non binario/terzo genere Età in anni: _____ Peso (stimato): _____ Lb Kg

Informazioni sull'evento

Paese: _____

| | |
|--|---|
| Data di utilizzo: | Orario di utilizzo (locale): |
| Qualcuno ha assistito all'evento? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, relazione con il paziente? |
| La rianimazione cardiopolmonare è stata praticata da qualche assistente prima di accendere il defibrillatore automatico esterno? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, per quanti minuti? |
| Qual è stato il tempo di risposta del soccorritore dall'arresto cardiaco improvviso al recupero del defibrillatore automatico esterno? | In minuti: _____ |
| Prima di iniziare le manovre di rianimazione cardiopolmonare, il paziente respirava? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto |
| Prima di iniziare le manovre di rianimazione cardiopolmonare, il polso del paziente era presente? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto |
| Sono state erogate scariche elettriche? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Tipo di ubicazione per il tentativo di rianimazione

| Tipo di ubicazione (Selezionarne uno) | Dettagli |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abitazioni | Indicare il tipo specifico di ubicazione (palestra, studio dentistico, ristorante, ecc.), fornendo il maggior numero possibile di informazioni. NON FORNIRE NOME, INDIRIZZO O POSIZIONE GEOGRAFICA DEL LUOGO. |
| <input type="checkbox"/> Uffici | |
| <input type="checkbox"/> Strutture mediche | |
| <input type="checkbox"/> Centri sportivi | |
| <input type="checkbox"/> Luoghi pubblici | |
| <input type="checkbox"/> Altro (Descrivere il luogo senza fornirne il nome o la posizione geografica) | |

Esito per il paziente

| Esito (Selezionarne uno) | Dettagli |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sopravvissuto dopo il ricovero in ospedale | Fornire qualsiasi informazione aggiuntiva sul tentativo di rianimazione (momento in cui è arrivata l'ambulanza, azioni intraprese). NON FORNIRE IL NOME DELLA CITTÀ O DELL'OSPEDALE NÉ L'INDIRIZZO. |
| <input type="checkbox"/> Sopravvissuto dopo le dimissioni dall'ospedale | |
| <input type="checkbox"/> Deceduto | |

Condizione medica preesistente del paziente (se note)

Condizione (Verificare tutte le opzioni applicabili)

Elencare altre condizioni note:

- Diabete mellito
- Ipertensione
- Iperlipidemia
- Pacemaker impiantato

File dell'evento

È necessario fornire il file dell'evento, scaricabile tramite il software SAVER EVO, assieme a questo modulo. Utilizzare la seguente struttura del nome di file:

Numero di serie del dispositivo_Data dell'evento (MM-GG-AAAA)

Inviare modulo e file di evento (.evo) a AEDEvent@Stryker.com. Non saranno accettati file PDF.

Per eventuale assistenza sul download del file, contattare l'assistenza all'indirizzo HeartSineSupport@stryker.com.

Informazioni sul dispositivo

Tipo di dispositivo
(Selezionarne uno)

Numero di serie del dispositivo

- SAM PAD 300 SAM PAD 360P
- SAM PAD 300P SAM PAD 450P
- SAM PAD 350P SAM PAD 500P

Informazioni sul Pad-Pak™

Tipo di Pad-Pak
(Selezionarne uno)

Lotto/numero di serie del Pad-Pak

Data di scadenza del Pad-Pak

- Pad-Pak
(Per adulti)
- Pediatric-Pak™
(Uso pediatrico)

Informazioni su chi effettua la segnalazione

Nome di chi segnala l'evento:

Telefono:

E-mail:

Nome del distributore:

Informazioni sull'utente

L'utente era adeguatamente formato? (Se noto):

Sì No

Fornitore della formazione (Se noto):

Termini

Di seguito sono riportati i termini d'applicazione per i programmi Free Pad-Pak e Forward Hearts.

1. Non allegare immagini, registrazioni audio e/o video correlati all'evento segnalato.
2. L'evento deve essere un arresto cardiaco improvviso per essere accettato. (L'evento viene controllato dal team Stryker Clinical, la cui decisione è inappellabile).
3. Consultare il sito heartsine.com per l'elenco completo di requisiti per ottenere un Pad-Pak gratuito e/o partecipare al programma Forward Hearts dopo l'utilizzo di un DAE Stryker per la rianimazione da un arresto cardiaco improvviso.

L'utente che compila questo modulo deve garantire la conformità alle normative sulla privacy locali e l'assenza di informazioni che consentano l'identificazione delle persone.

Firma di chi effettua la segnalazione: _____

Data: _____

Descrivere in dettaglio la propria esperienza di utilizzo di questo defibrillatore DAE.

Non fornire alcuna informazione che consenta l'identificazione delle persone o dei luoghi coinvolti.