

Nur für den internen Gebrauch	
Hinweis auf klinische Ereignisse	
Ref.Nr. Marketing-Ereignis	

Ereignismeldeformular

DAS FORMULAR DARF KEINE DATEN ENTHALTEN, DIE DEN PATIENTEN IDENTIFIZIEREN KÖNNTEN

Bitte geben Sie keine personenbezogenen Daten, wie Name und Adresse des Patienten, oder Ort des Krankenhauses ein.

Patientendaten

Männlich
 Weiblich
 Nicht-binär / drittes Geschlecht
 Alter in Jahren: _____
 Gewicht (ca.): _____
 Lb
 Kg

Daten zum Ereignis

Land: _____

Datum der Anwendung:	Uhrzeit der Anwendung (lokal):
Gab es Zeugen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Verhältnis zum Patient?
Wurde vor dem Einschalten des AED eine Herz-Lungen-Reanimation von einer anwesenden Person durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, für wie viele Minuten?
Wie lange dauerte die Reaktionszeit des Ersthelfers vom plötzlichen Herzstillstand bis zum Bereitstellen des AED?	In Minuten: _____
Hat der Patient geatmet, bevor mit der HLW begonnen wurde?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Hatte der Patient vor Beginn der Herz-Lungen-Reanimation einen Puls?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Wurden Schocks abgegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Art des Ortes für Wiederbelebungsversuch

Art des Ortes (Bitte einen auswählen)	Nähere Angaben
<input type="checkbox"/> Zu Hause	Bitte geben Sie an, um welchen Ort es sich handelte (Fitness-Studio, Zahnarzt, Büro, Restaurant etc.), geben Sie so viele Informationen wie möglich an. GEBEN SIE KEINE ORTSBEZEICHNUNG, ADRESSE ODER GEOGRAFISCHEN STANDORT AN.
<input type="checkbox"/> Büro	
<input type="checkbox"/> Medizinische Einrichtung	
<input type="checkbox"/> Sportcenter	
<input type="checkbox"/> Öffentlicher Ort	
<input type="checkbox"/> Andere (Beschreiben Sie den Ort, ohne einen Namen oder geografischen Standort zu nennen)	

Patientenergebnis

Ergebnis (Bitte eines auswählen)	Nähere Angaben
<input type="checkbox"/> Patient bei Einweisung ins Krankenhaus am Leben	Bitte geben Sie zusätzliche Informationen zum Wiederbelebungsversuch an (Ankunftszeit des Rettungswagens, ergriffene Maßnahmen). GEBEN SIE KEINE STADT, KRANKENHAUSBEZEICHNUNG ODER ADRESSE AN.
<input type="checkbox"/> Patient konnte aus dem Krankenhaus entlassen werden	
<input type="checkbox"/> Nicht überlebt	

Vorerkrankungen des Patienten (wenn bekannt)

Zustand

(Bitte alles Zutreffende auswählen)

Diabetes Mellitus

Bluthochdruck

Hyperlipidämie

Implantierter Herzschrittmacher

Bitte geben Sie weitere bekannte Erkrankungen an:

Ereignisdatei

Die anhand der SAVER EVO™ Software heruntergeladene Ereignisdatei muss mit diesem Formular mitgesendet werden. Bitte verwenden Sie die folgende Struktur für den Dateinamen:

Seriennummer des Geräts Datum des Ereignisses (MM-TT-JJJJ)

Bitte senden Sie das Formular und die Ereignisdatei (.evo) an AEDEvent@Stryker.com. Dateien im PDF-Format werden nicht akzeptiert.

Wenn Sie Hilfe beim Herunterladen der Datei benötigen, wenden Sie sich bitte an HeartSineSupport@stryker.com.

Gerätedaten

Typ (Bitte einen auswählen)

Seriennummer

SAM PAD 300 SAM PAD 360P

SAM PAD 300P SAM PAD 450P

SAM PAD 350P SAM PAD 500P

Daten Pad-Pak™

Typ (Bitte einen auswählen)

Chargen-/
Seriennummer

Verfallsdatum

Pad-Pak

Pediatric-Pak™

Daten Meldeperson

Name Meldeperson:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse

Händlername:

Daten Anwender

War der Anwender geschult?
(soweit bekannt):

Ja Nein

Wer hat das Training durchgeführt?
(soweit bekannt):

Bedingungen

Im Folgenden sind die Bedingungen für die Free Pad-Pak und Forward Hearts Programme aufgeführt.

1. Bitte hängen Sie keine Bilder, Audio- und/oder Videoaufnahmen im Zusammenhang mit dem gemeldeten Ereignis an.
2. Beim Ereignis muss es sich um einen plötzlichen Herzstillstand handeln. (Das Ereignis wird vom klinischen Team von Stryker überprüft, das die endgültige Entscheidung trifft.)
3. Auf heartsine.com finden Sie die vollständige Liste aller nötigen Voraussetzungen für den Erhalt eines kostenlosen Free Pad-Pak und/oder für Forward Hearts nach dem Einsatz eines Stryker AED während einer Wiederbelebung bei einem plötzlichen Herzstillstand.

Die Person, die dieses Formular ausfüllt, verpflichtet sich, alle örtlichen Datenschutzbestimmungen einzuhalten und sicherzustellen, dass keine personenbezogenen Daten in diesem Formular enthalten sind.

Unterschrift der
Meldeperson: _____

Datum: _____

Bitte beschreiben Sie Ihre Erfahrungen mit diesem AED.

Bitte machen Sie keine identifizierbaren Angaben zu den beteiligten Personen und Orten.