

## Informe de evento del cliente

### EL FORMULARIO NO DEBE INCLUIR INFORMACIÓN QUE PERMITA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

No facilite ninguna información que permita identificar al paciente, como el nombre, dirección o ubicación del hospital del paciente.

#### Información del paciente

Masculino  
  Femenino  
  No binario/tercer sexo  
 Edad en años: \_\_\_\_\_  
 Peso (estimado): \_\_\_\_\_  
 Lb  
 Kg

#### Información del evento

País: \_\_\_\_\_

Fecha de uso: \_\_\_\_\_

Hora de uso (local): \_\_\_\_\_

¿Hubo testigos en el evento?

Sí  
 No  
 Si la respuesta es Sí, ¿cuál es su relación con el paciente?

¿Realizó alguien la RCP antes de encender el DEA?

Sí  
 No  
 Si la respuesta es Sí, ¿durante cuántos minutos?

¿Cuál fue el tiempo de respuesta del rescatista desde el momento justo del de la parada cardíaca súbita hasta la llegada del desfibrilador?

En minutos: \_\_\_\_\_

¿Respiraba el paciente antes de iniciar la RCP?

Sí  
 No  
 Desconocido

¿Tenía pulso el paciente antes de iniciar la RCP?

Sí  
 No  
 Desconocido

¿Se administró una descarga?

Sí  
 No

#### Tipo de ubicación para intento de resucitación

**Tipo de ubicación** (seleccione una)

**Detalles**

Hogares

Indique el tipo de ubicación específico (gimnasio, consulta del dentista, restaurante, etc.) y proporcione tanta información como sea posible.

Oficinas

**NO ESPECIFIQUE EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN NI LA UBICACIÓN GEOGRÁFICA.**

Hospitales y clínicas

Centros deportivos

Espacios públicos

Otros (Describa la ubicación sin indicar el nombre ni la ubicación geográfica)

#### Resultado del paciente

**Resultado** (seleccione uno)

**Detalles**

Sobrevivió al ingreso hospitalario

Especifique información adicional sobre el intento de resucitación (hora de llegada de la ambulancia, medidas tomadas, etc...).

Sobrevivió al alta hospitalaria

**NO ESPECIFIQUE LA CIUDAD NI EL NOMBRE O DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.**

No sobrevivió

## Enfermedad preexistente del paciente (si se conoce)

**Condición** (Marque todas las que correspondan)

Diabetes Mellitus

Hipertensión

Hiperlipidemia

Marcapasos implantado

Enumere otras afecciones conocidas:

## Archivo de evento

El archivo de evento, descargado mediante el software SAVER EVO, se debe incluir con este formulario. Utilice el siguiente formato de nombre de archivo:

**Número de serie del dispositivo\_ Fecha del evento (MM-DD-AAAA)**

Envíe el formulario y el archivo de evento (.evo) a [AEDEvent@Stryker.com](mailto:AEDEvent@Stryker.com). No se aceptan archivos PDF.

Si necesita ayuda para descargar el archivo, póngase en contacto con el servicio de asistencia [HeartSineSupport@stryker.com](mailto:HeartSineSupport@stryker.com).

## Información del dispositivo

**Tipo de dispositivo** (seleccione uno)

SAM PAD 300     SAM PAD 360P

SAM PAD 300P     SAM PAD 450P

SAM PAD 350P     SAM PAD 500P

**Número de serie del dispositivo**

## Información de Pad-Pak™

**Tipo de Pad-Pak**  
(seleccione uno)

Pad-Pak (Adulto)

Pediatric-Pak™  
(Pediátrico)

**Número de serie/  
lote**

**Fecha de  
vencimiento**

## Información del notificador

Nombre del notificador  
del evento:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre del distribuidor:

## Información del usuario

¿Se dio formación al usuario?  
(si se conoce):

Sí     No

Proveedor de formación  
(si se conoce):

## Términos

A continuación se describen las condiciones de los programas de Pad-Pak gratuitos y Forward Hearts.

1. No adjunte ningún archivo de imagen, audio o vídeo relacionado con el evento comunicado.
2. Para que se pueda aceptar, el evento debe ser un una parada cardíaca súbita. (El evento lo revisará el equipo de Stryker Clinical, cuya decisión será de-finitiva.)
3. Visite [heartsine.com](http://heartsine.com) para obtener una lista completa de los requisitos necesarios para optar a un Pad-Pak o Forward Hearts gratuito después de utilizar el DEA Stryker Para la resucitación de un paciente después de una parada cardíaca súbita.

La persona que cumplimenta el formulario se compromete a garantizar que el formulario cumple la normativa local sobre confidencialidad y no contiene información que permita la identificación del paciente.

**Firma del responsable  
de la notificación:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Detalle su experiencia con este DEA.**

No proporcione información identificable de los pacientes o lugares implicados.