

Pour utilisation interne uniquement	
Référence clinique de l'événement	
Référence marketing de l'événement	

Rapport d'événement

LE FORMULAIRE NE DOIT PAS CONTENIR DES INFORMATIONS QUI POURRAIENT IDENTIFIER LE PATIENT

Veillez ne pas fournir d'informations permettant d'identifier le patient, telles que son nom, son adresse ou l'emplacement de l'hôpital.

Résultat relatif à victime

Homme Femme Non-binaire/troisième sexe Âge en années : _____ Poids (environ) : _____ Kg

Informations concernant l'événement

Pays :

Date d'utilisation :	Heure d'utilisation (locale) :
Quelqu'un a-t-il assisté à l'événement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelle est sa relation avec le patient ?
Une RCP (Réanimation cardiopulmonaire) a-t-elle été pratiquée par un témoin avant la mise en marche du DAE (Défibrillateur automatisé externe) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, pendant combien de minutes ?
Quel a été le délai d'intervention entre l'ACS (Arrêt cardiaque soudain) et la récupération du DAE ?	En minutes :
Avant de procéder à la RCP, la victime respirait-elle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
La victime avait-elle un pouls avant le début de la RCP ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Un choc a-t-il été administré ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Type de lieu de la tentative de réanimation

Type de lieu (Veillez sélectionner une seule option.)	Détails
<input type="checkbox"/> A la maison	Veuillez indiquer le type de lieu précis (gymnase, cabinet de dentiste, restaurant, etc.), en fournissant le plus d'informations possible. NE PAS FOURNIR DE NOM DE LIEU, D'ADRESSE NI D'EMPLACEMENT GÉOGRAPHIQUE.
<input type="checkbox"/> Au bureau	
<input type="checkbox"/> Etablissement médicalisé	
<input type="checkbox"/> Centre sportif	
<input type="checkbox"/> Lieu public	
<input type="checkbox"/> Autre (Décrivez le lieu, sans nom ni emplacement géographique)	

Résultat relatif à la victime

Résultat (Veillez sélectionner une seule option.)	Détails
<input type="checkbox"/> A survécu jusqu'à l'admission hospitalière	Veuillez fournir toute information supplémentaire sur la tentative de sauvetage (quand l'ambulance est-elle arrivée, quelles mesures ont été prises). NE PAS FOURNIR DE NOM DE VILLE NI DE NOM OU D'ADRESSE DE L'HÔPITAL.
<input type="checkbox"/> A survécu après la sortie de l'hôpital	
<input type="checkbox"/> N'a pas survécu	

Problème médical préexistant du patient (si connu)

Problème (Veuillez cocher toutes les réponses appropriées.)

Veuillez énumérer les autres conditions connues :

Diabète mellitus

Hypertension artérielle

Hyperlipidémie

Porteur d'un stimulateur cardiaque

Fichier d'événement

Le fichier d'événement, téléchargé à l'aide du logiciel SAVER EVO, doit être fourni avec ce formulaire. Veuillez utiliser la structure de nom de fichier suivante :

Numéro de série de l'appareil_Date de l'événement (MM-JJ-AAAA)

Veuillez envoyer le formulaire et le fichier d'événement (.evo) à AEDEvent@Stryker.com. Un fichier PDF ne sera pas accepté.

Si vous avez besoin d'aide pour télécharger le fichier, veuillez contacter le service d'assistance à HeartSineSupport@stryker.com.

Informations sur l'appareil

Type d'appareil

(Veuillez sélectionner une seule option.)

SAM PAD 300 SAM PAD 360P

SAM PAD 300P

SAM PAD 350P SAM PAD 500P

Numéro de série de l'appareil

Informations sur le Pad-Pak

Type de Pad-Pak

(Veuillez sélectionner une seule option.)

Pad-Pak

Pediatric-Pak

Numéro de lot/série du Pad-Pak

Date de péremption du Pad-Pak

Informations relatives au déclarant

Nom du déclarant de l'événement :

Téléphone :

Courriel :

Nom du distributeur :

Informations relatives à l'utilisateur

L'utilisateur a-t-il été formé ? (si connu) :

Oui Non

Organisme de formation (si connu) :

Termes

Veuillez trouver ci-dessous les termes des programmes Pad-Pak gratuit et Forward Hearts.

1. Veuillez ne joindre aucune photo, enregistrement audio et/ou vidéo en rapport avec l'événement signalé.
2. L'événement doit être un arrêt cardiaque soudain pour être admissible. (L'événement est passé en revue par l'équipe clinique de Stryker dont la décision est définitive).
3. Veuillez consulter le site heartsine.com pour obtenir la liste complète des conditions à remplir pour bénéficier du Pad-Pak gratuit et/ou des Forward Hearts après qu'un DAE Stryker ait été utilisé lors d'une réanimation faisant suite à un arrêt cardiaque soudain.

La personne qui remplit ce formulaire s'engage à respecter la réglementation locale en matière de protection de la vie privée et à ne pas fournir d'informations identifiables.

Signature de la personne qui a établi le rapport :

Date :

Veillez détailler votre expérience liée à l'utilisation de ce DAE.

Ne fournissez aucune information pouvant permettre d'identifier les individus et les endroits concernés.

Emergency Care Public Access

Il est recommandé que les utilisateurs des DAE soient formés à la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et à l'utilisation des DAE.

Bien qu'il ne soit pas possible de sauver toutes les victimes d'arrêt cardiaque, des études ont montré qu'une défibrillation précoce peut sensiblement améliorer le taux de survie. Les DAE sont indiqués pour une utilisation chez les adultes et les enfants. Les DAE peuvent être utilisés chez les enfants de moins de 25 kg, mais certains modèles requièrent des électrodes de défibrillation disponibles séparément.

Les informations présentées dans ce document ont pour but d'illustrer les divers produits de Stryker. Consulter les instructions d'utilisation pour obtenir des instructions complètes, des indications, des contre-indications, des avertissements, des précautions et des effets négatifs possibles, avant d'utiliser tout produit de Stryker. Les produits ne sont pas nécessairement disponibles dans tous les pays, car leur disponibilité dépend des pratiques réglementaires et/ou médicales dans chaque marché. Si vous avez des questions concernant la disponibilité des produits Stryker dans votre région, n'hésitez pas à contacter votre représentant. Les caractéristiques sont susceptibles d'être modifiées sans préavis.

Stryker ou ses filiales sont titulaires de, utilisent ou ont déposé une demande des marques commerciales ou marques de service suivantes : HeartSine, Pad-Pak, Pediatric-Pak, samaritan, Saver EVO, Stryker. Toutes les autres marques commerciales sont des marques commerciales de leurs propriétaires ou titulaires respectifs.

Le fait que le nom ou logo d'un produit, d'une fonctionnalité ou d'un service ne figure pas dans cette liste ne constitue pas, de la part de Stryker, une renonciation à ses droits de marques commerciales ou à d'autres droits de protection de la propriété intellectuelle portant sur ce nom ou logo.

Les dispositifs Stryker sont fabriqués de manière à répondre aux objectifs élevés de qualité interne et à se conformer aux directives et normes de qualités en vigueur dans les pays où le dispositif est destiné à être mis sur le marché. Veuillez nous aider à atteindre ces objectifs en signalant à votre représentant Stryker, les plaintes concernant les produits, tout résultat inattendu ou tout problème lié à l'utilisation des produits.

Toutes ces revendications sont valables à compter de 04/2021.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter votre représentant Stryker



HeartSine Technologies Ltd.
207 Airport Road West
Belfast, BT3 9ED
Northern Ireland
United Kingdom
Tel +44 28 9093 9400
Fax +44 28 9093 9401
heartsinupport@stryker.com
heart sine.com

Distribué par :

Stryker France S.A.S
ZAC - Avenue de Satolas Green
69330 Pusignan
France
Tel +33 4 72 45 36 00
Fax +33 4 72 45 36 99
333 710 275 RCS Lyon
Capital Social 27.495.520 €

Date de parution : 04/2021

Fabriqué au Royaume-Uni

H003-001-152-AC FR

SMACC 2020-28021

HeartSine SAM 500P n'est pas disponible aux États-Unis.

Copyright © 2021 Stryker.