

## แบบประเมินการช่วยฟื้นคืนชีพ

ชื่อ.....อายุ.....HN.....วันที่.....

ตึก.....

1. การวินิจฉัย ..... แพทย์เจ้าของไข้ .....
2. Arrest เวลา ..... น.       ในเวลา       นอกเวลา
3. แพทย์ มาถึง เวลา ..... น.
4. Team มาครบ เวลา ..... น.
5. การช่วยเหลือ

ทำ	การช่วยเหลือ	ปัญหาที่พบ
	5.1 เรียกขอความช่วยเหลือ	
	5.2 ทำ Cardiac Massage	
	5.3 ช่วยหายใจด้วย Ambu bag c Mask	
	5.4 ต่อ O <sub>2</sub> 100%	
	5.5 Crash Cart มาถึง (กระดานรองหลัง)	
	5.6 Defibrillator มาถึง	
	5.7 ติด LEAD EKG Monitor	
	5.8 เปิดเส้น / ให้ยา	
	5.9 Intubation (ใส่ tube)	
	5.10 สิ้นสุด ACLS	

8. ชนิดของ Arrest       หยุดหายใจ       หัวใจหยุดเต้น

9. Cause of cardiac arrest (5H+5T+)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hypovolemia          | <input type="checkbox"/> Hypoxia            | <input type="checkbox"/> Hydrogen ion ( H+Acidosis ) |
| <input type="checkbox"/> Hypo/Hyperkalemia    | <input type="checkbox"/> Hypothermia        | <input type="checkbox"/> Hypoglycemia                |
| <input type="checkbox"/> Tension pneumothorax | <input type="checkbox"/> Tamponade Cardiac  | <input type="checkbox"/> Toxin.....                  |
| <input type="checkbox"/> Thrombosis Pulmonary | <input type="checkbox"/> Thrombosis Cardiac | <input type="checkbox"/> Trauma part                 |

9. ผลลัพธ์       รอดชีวิต       เสียชีวิต

10. ความเสี่ยงต่อการร้องเรียน       สูง       ปานกลาง       ต่ำ

ปัญหาและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CPR Team ระบุชื่อ

.....

.....

