

Начало реанимации: дата ____/____/20____ время ____:____	ФИО _____ Место проведения _____ Исход реанимации _____	Окончание реанимации: дата ____/____/20____ время ____:____
--	---	---

Состояние пациента непосредственно перед нарушением витальных функций организма:	Место, где развились нарушения витальных функций организма:
<input type="checkbox"/> полное благополучие <input type="checkbox"/> острое заболевание <input type="checkbox"/> хроническое заболевание без декомпенсации <input type="checkbox"/> декомпенсированное хроническое заболевание <input type="checkbox"/> острая травма <input type="checkbox"/> терминальная стадия тяжелого заболевания <input type="checkbox"/> анестезия и/или операция <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> дома <input type="checkbox"/> автомобиль скорой медицинской помощи <input type="checkbox"/> амбулаторно-поликлиническая организация <input type="checkbox"/> общественное место <input type="checkbox"/> приемное отделение больницы <input type="checkbox"/> общесоматическое отделение больницы <input type="checkbox"/> хирургическое/травматологическое отделение больницы <input type="checkbox"/> акушерско-гинекологическое отделение больницы <input type="checkbox"/> операционная (манипуляционная) <input type="checkbox"/> отделение анестезиологии и реанимации <input type="checkbox"/> другое: _____

<input type="checkbox"/> травма без гиповолемии <input type="checkbox"/> травма с гиповолемией <input type="checkbox"/> геморрагия без травмы <input type="checkbox"/> странгуляция <input type="checkbox"/> обструкция ДП <input type="checkbox"/> напряженный пневмоторакс <input type="checkbox"/> интоксикация CO ₂	<input type="checkbox"/> лекарственная интоксикация <input type="checkbox"/> другая острая интоксикация <input type="checkbox"/> черепно-мозговая травма <input type="checkbox"/> ТЭЛА <input type="checkbox"/> гипоксия легочная <input type="checkbox"/> нарушения метаболизма <input type="checkbox"/> сепсис	<input type="checkbox"/> острый инфаркт миокарда <input type="checkbox"/> острые нарушения мозгового кровообращения <input type="checkbox"/> хроническое заболевание в терминальной стадии <input type="checkbox"/> неизвестна <input type="checkbox"/> другая: _____
--	--	---

Нарушения развились: дата ____/____/20____ время ____:____ Нарушения выявлены: <input type="checkbox"/> медработниками <input type="checkbox"/> родственниками <input type="checkbox"/> другими людьми Реанимационная бригада вызвана: дата ____/____/20____ время ____:____	Помощь до прибытия реанимационной бригады <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да: не прямой массаж сердца <input type="checkbox"/> нет / <input type="checkbox"/> да респираторная поддержка <input type="checkbox"/> нет / <input type="checkbox"/> да (<input type="checkbox"/> масочная вентиляция мешком Амбу) Электроимпульсная терапия <input type="checkbox"/> нет / <input type="checkbox"/> да: венозный доступ <input type="checkbox"/> нет / <input type="checkbox"/> да: _____ фармакотерапия <input type="checkbox"/> нет / <input type="checkbox"/> да: _____ _____ _____ _____ _____
Проводимые мероприятия эффективны <input type="checkbox"/> нет / <input type="checkbox"/> да (эффект достигнут через ____ мин.)	