Anexo C12 6.4

MODELO DE COMUNICACIÓN DE USO DEL DEA

EMPRESA O ENTIDAD

Centro de trabajo donde está situado el DEA:

Consejería a la que pertenece:

Dirección:

Localidad: Provincia:

Fecha de utilización: Hora de utilización:

DATOS DE LA PERSONA ATENDIDA (los que se conozcan)

Nombre y apellidos:

DNI: Sexo (V/M): Edad: (o aproximada)

DATOS RELACIONADOS CON LA INTERVENCIÓN

Persona atendida:

¿Responde a estímulos? (Sí/No)

¿Respira con normalidad? (Sí/No)

Ritmo desfibrilable (Sí/No):

Número de aplicaciones DEA realizadas:

Tiempo aproximado transcurrido entre el episodio inicial y la utilización del DEA (en minutos):

Respuesta a RCP (Sí/No):

Tiempo RCP básica (en minutos):

¿Se avisó al 112? (Sí/No)

Adjuntar los registros de la actividad eléctrica del desfibrilador si se tienen.

DATOS DE LA PERSONAS QUE HAN USADO EL DEA

Nombre y apellidos:
DNI:

En , a de de 20__

Firmado:

Remitir en el plazo inferior a 24 horas en sobre cerrado, al Centro de Atención de Urgencias y Emergencias 112.
C. Trébol, 6 06800 Mérida, Badajoz