

COMUNICACIÓN DE USO DE DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO

EMPRESA O ENTIDAD:

Empresa o Razón Social donde está situado el DESA:	
Dirección:	
Último día de utilización: _____	
FECHA de utilización:	HORA de utilización:

Nº DE SERIE DEL DESFIBRILADOR: _____

DATOS DE LA PERSONA ATENDIDA (los que se conozcan):

Apellidos:		Nombre:
D.N.I.:	Sexo (V/M):	Edad: (aproximada)

DATOS RELACIONADOS CON LA INTERVENCIÓN:

Persona atendida:		
¿Responde a estímulos?:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Respira con normalidad?:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ritmo desfibrilable:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nº de aplicaciones DESA realizadas:	
Tiempo aproximado transcurrido entre el episodio inicial y la utilización del DESA (en minutos):	
Respuesta a RCP:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiempo RCP básica (en minutos):	
¿Se avisó al Centro Coordinador de Emergencias?:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA QUE HA USADO EL DESA:

Nombre y Apellidos:	
D.N.I.:	Nº Registro DESA persona autorizada:

En, _____ a ____ de _____ de _____

Firma