

Pat. Nummer: Eingang Alarm: : Eintreffen bei Patient: : Frühdefi: Ja NeinSofort Schock empfohlen: Ja Nein**ROSC:**

- niemals ROSC niemals ROSC
 unter Reanimation in Klinik mit Eigenrhythmus in Klinik

Zeitpunkt ROSC: : Zeitpunkt Abbruch: : **Erster EKG Rhythmus:**

- Asystolie Sinusrhythmus
 PEA Tachykardie
 Kammerflimmern Bradykardie

 Andere:GCS: (3-15)**Atmung:**

- keine Atmung agonale Atmung

 Andere:**Qualität der T-CPR**Helfer alleine: Ja NeinAtemspende erfolgt: Ja NeinVorkenntnisse: Ja NeinHDM gut durchgeführt: 0 1 2 3 4 (0=unmöglich; 4=eindeutig)**Übernahme RD**

- Fortführung der Maßnahmen mit Unterbrechung sofortiger Abbruch

Gesamtablauf: 0 1 2 3 4 (0=denkbar schlecht; 4=optimal)**Betreuung Durchführer T-CPR**Naher Angehöriger: Ja NeinBetreuung durch Angehörigen ausreichend: Ja NeinKit verständigt: Ja NeinKeine Betreuung notwendig: Ja Nein**Leiten Sie den ausgefüllten Bogen bitte umgehend nach dem Einsatz an die ILS-Passau weiter.**Fax: **0851 / 988 50 152**E-Mail: **aelrd@passau.de**