

ANEXO C12 6.4

MODELO DE COMUNICACIÓN DE USO DEL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO EXTERNO (DESA)

EMPRESA O ENTIDAD

Centro de trabajo donde está situado el DESA:

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:

(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 DESA realizadas:

Tiempo aproximado transcurrido entre el episodio inicial y la utilización del DESA (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 PERSONA AUTORIZADA QUE HA USADO EL DESA

Nombre y apellidos:

DNI:

En _____, a _____ de 20__

Firmado:

Remitir en el plazo inferior a 24 horas en sobre cerrado, al Servicio de Urgencias y Emergencias 112. C/ San Pedro de Alcántara (Esquina Bartolomé J. Gallardo) s/n , 06800 , Mérida , Badajoz