



MAVİ KOD (CPR) BİLDİRİM FORMU



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AD.FR.03	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/1

Ünite* : _____
Bölüm : _____
Tarih : _____
Kayıt No : _____

Hastanın
Adı Soyadı : _____
Hasta No : _____
Doğum Tarihi : _____
Cinsiyeti : _____

MAVİ KOD VERİLERİ

Anonsu Yapılan : Hekim Hemşire Diğer _____
Mavi Kod Veriliş Saati : _____ Mavi Kod Ekibinin Olay Yeri Geliş Saati: _____
Mavi Kod Veriliş Nedeni : _____

TIBBİ VERİLER

Hastanın Tanısı : _____
Solunum/dk : _____ Kan Basıncı-mmHg: _____ Nabız/dk: _____ SpO₂: _____
Glasgow Koma Skoru : _____
CPR Yapılmadı Yapıldı **Entübasyon** Yapılmadı Yapıldı **Sonuç** Ex Duhul - Saati: _____
 Exitus - Saati: _____
Başlangıç Saati: _____ Orotrakeal - Saati: _____ GYBÜ'ye Transfer
Bitiş Saati: _____ Nazotrakeal - Saati: _____ YBÜ'ye Transfer
CPR süresi: _____ Zor Entübasyon Diğer: _____

Mavi Kod Süresince Uygulanan İlaçlar

Kullanılan İlacın Adı	Doz	Kullanılan İlacın Adı	Doz

Defibrilasyon Uygulanmadı Uygulandı
Kardiyoversiyon Uygulanmadı Uygulandı

BAKIMIN UYGUNLUĞU

	Evet	Hayır	Uygun Değil
Acil bakım zamanında, uygun ve problemsizdi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiyak tahta kompresyonlardan önce yerleştirildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekipman mevcut ve kullanıma hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaçlar mevcuttu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entübasyondan önce ventilasyon sağlandı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entübasyon 5 dak içinde başarılı olarak gerçekleştirildi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV kateteri vardı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV kateteri olmadığı için hemen açıldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defibrilasyon uygun teknikte uygulandı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defibrilatörden ritm çıktısı alındı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defibrilasyon VT/VF'den hemen sonra yapıldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İleri kardiyak yaşam desteği protokolü izlendi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MAVİ KOD EKİBİ

Hekim	Hemşire	Güvenlik Görevlisi	Diğer

DEĞERLENDİRME

Formu Dolduran: _____ İmza: _____
Mavi Kod Ekip Şefi: _____ İmza: _____