

様式2：院内心肺蘇生報告書

発生記録

発生年月日 年 月 日	ID No.	CPA No. (CPRワーキングが記載)	
患者氏名	生年月日 T・S・H・R 年 月 日	年齢 歳 月	性別 <input type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性
診療科	担当医		
入院の主病名	心停止（急変）前に行われていた処置（1の場合のみ1つ選択、他は複数選択） <input type="checkbox"/> 1.特になし <input type="checkbox"/> 4.抗不整脈剤投与 <input type="checkbox"/> 7.植え込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 2.静脈路確保 <input type="checkbox"/> 5.心電図モニター <input type="checkbox"/> 8.心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 3.昇圧剤投与 <input type="checkbox"/> 6.気管挿管・人工呼吸 <input type="checkbox"/> 9.その他（体外循環等）		
心停止目撃の有無（1つ選択） <input type="checkbox"/> 1.あり→ありの場合、心電図モニタリングの有無 <input type="radio"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="radio"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 9.不明		発生場所（1つ選択） <input type="checkbox"/> 1.集中治療室 (ICU、CCUなど) <input type="checkbox"/> 4.トイレ周辺 <input type="checkbox"/> 8.屋外 <input type="checkbox"/> 2.一般病棟 <input type="checkbox"/> 5.手術室 <input type="checkbox"/> 6.カテ室 <input type="checkbox"/> 7.放射線領域（カテ室を除く） <input type="checkbox"/> 9.その他（ ）	

初期（第一発見者が急変と判断したとき）の状況

心停止の直接原因（1つ選択） <input type="checkbox"/> 1.致死性不整脈 <input type="checkbox"/> 6.窒息 <input type="checkbox"/> 2.急性冠症候群 <input type="checkbox"/> 7.医原性（合併症含） <input type="checkbox"/> 3.脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 8.大血管疾患 <input type="checkbox"/> 4.肺塞栓 <input type="checkbox"/> 9.その他 <input type="checkbox"/> 5.呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 10.不明	初期（急変時）の状態（第一発見者の評価）（1つ選択） <input type="checkbox"/> 1.意識あり <input type="checkbox"/> 2.意識なしだが、呼吸、循環あり <input type="checkbox"/> 3.呼吸のみ停止（脈拍、循環のサインあり） <input type="checkbox"/> 4.心肺停止	初期心電図調律（1つ選択） <input type="checkbox"/> 1.心室細動 <input type="checkbox"/> 5.徐脈 <input type="checkbox"/> 2.心室頻拍 <input type="checkbox"/> 6.洞調律 <input type="checkbox"/> 3.心静止 <input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="checkbox"/> 4.PEA（無脈性電気活動）	心停止時の心電図調律※（1つ選択） <input type="checkbox"/> 1.心室細動 <input type="checkbox"/> 2.心室頻拍 <input type="checkbox"/> 3.心静止 <input type="checkbox"/> 4.PEA
--	---	--	---

最初は心停止ではなく、途中心停止へ移行した症例では、心停止移行後最初の調律を※に記載

蘇生処置の状況

以下は心停止になった症例についてのみ記載

第一発見者による蘇生処置の有無 <input type="checkbox"/> 1.あり（実施したものを全て選択） <input type="checkbox"/> 2.なし（理由を1つ選択） <input type="checkbox"/> 3.不明			第一発見者に関する情報（1つずつ選択） CPR受講歴 <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし 性別 <input type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性 年代 <input type="checkbox"/> 1.~30代 <input type="checkbox"/> 2.40~50代 <input type="checkbox"/> 3.60代~ 職種 <input type="checkbox"/> 1.医師 <input type="checkbox"/> 2.看護師 <input type="checkbox"/> 3.コメディカル（ ） <input type="checkbox"/> 4.その他（ ） 職歴 _____年					
急変（虚脱）時刻 (目撃なしは発見時刻)	CPRコール 要請時刻	CPRチーム 到着時刻	心停止確認 時刻	CPR開始 時刻	モニター装着 時刻	最初の除細動 時刻	アドレナリン 投与時刻	気道確保（挿管） 時刻
AED使用の有無 (1つ選択) <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 9.不明	ありの場合、使用者に関する情報（1つずつ選択） CPR受講歴： <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし 性別： <input type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性 年代： <input type="checkbox"/> 1.~30代 <input type="checkbox"/> 2.40~50代 <input type="checkbox"/> 3.60代以上 職種： <input type="checkbox"/> 1.医師 <input type="checkbox"/> 2.看護師 <input type="checkbox"/> 3.メディカルスタッフ（ ） <input type="checkbox"/> 4.その他（ ）			CPRコール（1つ選択） <input type="checkbox"/> 1.活用 <input type="checkbox"/> 2.活用せず <input type="checkbox"/> 3.施設にCPRコール存在せず <input type="checkbox"/> 9.不明		CPR中止 時 分 CPR中止理由（1つ選択） <input type="checkbox"/> 1.自己心拍再開 <input type="checkbox"/> 2.死亡 <input type="checkbox"/> 3.DNAR		
時間経過 (分)	虚脱から蘇生開始	虚脱からCPRコール	虚脱からチーム到着	虚脱からモニター装着	虚脱から電気 ショック	虚脱からアドレ ナリン投与	虚脱から 気管挿管	

転帰

自己心拍再開の有無 <input type="checkbox"/> 1.あり（24時間以上持続した場合に限る） <input type="checkbox"/> 1.なし	
死亡時の死亡診断書の死因 1 _____ 2 _____ 3 _____	死亡日 _____年 _____月 _____日
生存退院 <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし（院内死亡）	一ヵ月後または退院時のCPC= _____

メモ