

Doküman No: AD.FR.11

Yayın Tarihi: 13.01.2021

Revizyon Tarihi:-

Revizyon No:00

Ünite\* : \_\_\_\_\_  
Bölüm : \_\_\_\_\_  
Tarih : \_\_\_\_\_  
Kayıt No : \_\_\_\_\_

Hastanın  
Adı Soyadı : \_\_\_\_\_  
Hasta No : \_\_\_\_\_  
Doğum Tarihi : \_\_\_\_\_  
Cinsiyeti : \_\_\_\_\_

**MAVİ KOD VERİLERİ**

Anonsu Yaptıran :  Hekim  Hemşire  Diğer \_\_\_\_\_  
Mavi Kod Veriliş Saati : \_\_\_\_\_ Mavi Kod Ekibinin Olay Yerine Geliş Saati: \_\_\_\_\_  
Mavi Kod Veriliş Nedeni : \_\_\_\_\_

**TIBBİ VERİLER**

Hastanın Tanısı : \_\_\_\_\_  
Solunum/dk : \_\_\_\_\_ Kan Basıncı-mmHg: \_\_\_\_\_ Nabız/dk: \_\_\_\_\_ SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
Glasgow Koma Skoru : \_\_\_\_\_  
**CPR**  Yapılmadı  Yapıldı **Entübasyon**  Yapılmadı  Yapıldı **Sonuç**  Ex Duhul - Saati: \_\_\_\_\_  
 Yapıldı  Yapıldı  Exitus - Saati: \_\_\_\_\_  
Başlangıç Saati: \_\_\_\_\_  Orotrakeal - Saati: \_\_\_\_\_  GYBÜ'ye Transfer \_\_\_\_\_  
Bitiş Saati: \_\_\_\_\_  Nazotrakeal - Saati: \_\_\_\_\_  YYBÜ'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: \_\_\_\_\_