



REPORTE DE AHO GAMI ENTO - UEMs

Página 1 de:

Indicación: Dificultad Respiratoria por Sumersión en un Líquido

UEM que presta asistencia:

DIRECCION O LOCALIZACION DEL EVENTO:

CIUDAD O LOCALIDAD:

DEPARTAMENTO:

FECHA: / /

HORA DE ARRIBO:

Este Reporte debe ser completado para todos los Ahogamientos (fatales o no) como se indica en los protocolos de tratamiento. Por favor complételo con la mayor información posible. La institución que presta asistencia en el presente evento deberá enviar este formulario al Ministerio de Salud.

INFORMACIÓN SOBRE LA VICTIMA

Nombres:		Apellidos:		AL ARRIBO - Glasgow CS:	FC:	FR:
Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	CI o IDENTIFICACION (Pasaporte, otro):		PA: / mmHg	Temperatura: °C	
Familiar o persona de contacto:		Teléfono:		Sat.O2: %	HGT:	
Antecedentes Personales - Enfermedades previas (por favor indique todas las conocidas):				EXAMEN PLEUROPULMONAR		
Circunstancias Precipitantes (indique todas las que correspondan): Ninguna <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Enfermedad: _____ Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Otras: _____				<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tose <input type="checkbox"/> Estertores Unilaterales <input type="checkbox"/> Estertores bilaterales		
TESTIGO/S NOMBRE:		CEL/TEL:		Ritmo cardíaco inicial por MONITOR o ECG (si corresponde):		
¿Fue realizada ventilación por transeúnte?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Fibrilación Ventricular <input type="checkbox"/> Taquicardia Ventricular <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Asistolia		
¿Fue realizado masaje cardíaco por transeúnte?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>				Otro: _____		
EN CASO DE FALLECIMIENTO:		FECHA: / /		HORA:		GRADO DE AHO GAMI ENTO (1-6): _____

INFORMACION SOBRE LA ESCENA / LUGAR

INTERVALOS DE TIEMPO

Tipo de Agua: Salada <input type="checkbox"/> Dulce <input type="checkbox"/> Agua con químicos <input type="checkbox"/> Otros: _____		Tiempo de cara o vía aérea vista en sumersión: _____ min.	
Masa de Agua: PLAYA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mar/Estuario <input type="checkbox"/> Río <input type="checkbox"/> Océano <input type="checkbox"/> Lago <input type="checkbox"/> Arroyo <input type="checkbox"/> Piscina Domiciliaria <input type="checkbox"/>		Hora en que la víctima fue removida del agua: _____ :	
Piscina No Domiciliaria <input type="checkbox"/> Especifique Institución _____		Hora del primer tratamiento realizado por el personal de UEM _____ :	
Otro cuerpo de agua/líquido/recipiente (especifique): _____		Hora de comienzo de la primer RCP realizada por UEM: _____ :	
Datos sobre remoción de la víctima del Agua: ¿Quién realizó el rescate? _____		Hora en que se alcanzó el retorno de la Circulación Espontánea: _____ :	
¿Cómo se realizó el mismo?: Nadando <input type="checkbox"/> Embarcación <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Otro: _____		Hora de la primer conciencia/despertar _____ :	

DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS REALIZADOS:

DESTINO DEL PACIENTE: Alta en el lugar <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/>		SERVICIO DE SALUD DE DESTINO: _____	
Nombre del Profesional Responsable:	Firma del Profesional Responsable:	Profesión:	CJPPU:
Nombre del Receptor:	Firma del Receptor:	Profesión:	CJPPU: