

事後検証票

湘南地区メディカルコントロール協議会

出場番号	傷病者番号	-	消防(局)本部	救急隊
一次検証所見				
一次検証者 氏名			検証年月日 年 月 日	
二次検証範囲	<input type="checkbox"/> 搬送医療機関の初診医から検証を要すると判断された事例 <input type="checkbox"/> 一次検証者が二次検証を要すると判断した事例 <input type="checkbox"/> 指導・助言を受けた事例(不搬送事例を含む) <input type="checkbox"/> 蘇生対象となった心肺停止事例 <input type="checkbox"/> 重症外傷事例 <input type="checkbox"/> 熱中症事例 <input type="checkbox"/> 重症中毒事例 <input type="checkbox"/> 脳卒中事例 <input type="checkbox"/> 自己注射可能なエピネフリン製剤の投与事例 <input type="checkbox"/> 熱傷事例 <input type="checkbox"/> 急性冠症候群が疑われた事例 <input type="checkbox"/> 血糖測定し低血糖であった事例 <input type="checkbox"/> 心肺停止前のショックに対する輸液をした事例 <input type="checkbox"/> 口頭指導について検証を要する事例 <input type="checkbox"/> 多数傷病者事例 <input type="checkbox"/> D N A R で現場判断に苦慮した事例 <input type="checkbox"/> 偶発性低体温症事例			
二次検証所見				
検証医 所属： _____ 氏名： _____			検証年月日 年 月 日	
口頭指導	観 察	判 断	処 置	病院選択
<input type="checkbox"/> 優良 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署所で確認 <input type="checkbox"/> 要改善	<input type="checkbox"/> 優良 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署所で確認 <input type="checkbox"/> 要改善	<input type="checkbox"/> 優良 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署所で確認 <input type="checkbox"/> 要改善	<input type="checkbox"/> 優良 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署所で確認 <input type="checkbox"/> 要改善	<input type="checkbox"/> 優良 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署所で確認 <input type="checkbox"/> 要改善
その他 (_____) <input type="checkbox"/> 署所で確認 <input type="checkbox"/> 要改善 (_____) <input type="checkbox"/> 署所で確認 <input type="checkbox"/> 要改善				
フィードバック先				
<input type="checkbox"/> 症例検討会 (<input type="checkbox"/> 推奨 <input type="checkbox"/> 要検討) <input type="checkbox"/> 救急隊員 <input type="checkbox"/> 指令室 <input type="checkbox"/> 消防本部 <input type="checkbox"/> 搬送病院 <input type="checkbox"/> 指示機関				
コメント				

転 帰

病院までの心拍再開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (初回心拍再開時刻 時 分)
病着時心拍再開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
病着後の状況	<input type="checkbox"/> E R で自己心拍再開 <input type="checkbox"/> E R で死亡確認 <input type="checkbox"/> 生存入院
入院 1 週間転帰	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回答なし
入院 1 ヶ月転帰	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 回答なし 脳機能カテゴリー <input type="checkbox"/> C P C 1 <input type="checkbox"/> C P C 2 <input type="checkbox"/> C P C 3 <input type="checkbox"/> C P C 4 <input type="checkbox"/> C P C 5 全身機能カテゴリー <input type="checkbox"/> O P C 1 <input type="checkbox"/> O P C 2 <input type="checkbox"/> O P C 3 <input type="checkbox"/> O P C 4 <input type="checkbox"/> O P C 5
備 考	