

Intern uppföljning efter inträffat hjärtstopp

Följande formulär skrivs ut på papper och fylls i efter varje hjärtstopp

Skickas till sjukhusets HLR-samordnare

Patientens personnummer: _____

Larmdatum/händelsedatum: _____

Fanns det betänkligheter över att hjärtstoppbehandlingen startats?

Ja Nej

Var samtliga insatser tillfredsställande?

Ja Nej

Följdes handlingsplanen för HLR?

Fungerade teamarbetet?

Fungerade kommunikationen?

Fungerade akututrustning och hantering av den?

Eventuella kommentarer till behandlingsinsatserna

Namn: _____

Arbetsplats: _____

HLR-samordnare: Marie Sannemalm, Kristianstad
Liselott Rehn, Skånes universitetssjukhus
Annika Löfqvist- Svensson, Helsingborg
Marie Hellström Biel, Hässleholm

Camilla Mårtensson, Landskrona
Henrique Leao Dos Santos, Ystad
Mia Kulle-Rydsjö, Ängelholm
Maria Nilsson, Trelleborg