

 <b>UNIVERSIDAD DE SALAMANCA</b> <small>CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL</small>	<b>PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES</b>		<b>PPRL-009</b>
	Edición:	Fecha: 3 de diciembre de 2014	Página 1 de 19
<b>PROCEDIMIENTO PARA LA FORMACIÓN CONTROL Y MANTENIMIENTO DE DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS</b>			

**ANEXO I:  
INFORME DE COMUNICACIÓN DE USO  
COMUNICACIÓN DE USO DE DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO**

**EMPRESA O ENTIDAD:**

Empresa o Razón Social (donde está situado el DESA): <b>UNIVERSIDAD DE SALAMANCA</b>	
Dirección:	
3URYLQFLD:	/RFDOLGDG
FECHA de utilización:	HORA de utilización:

**Nº DE SERIE DEL DESFIBRILADOR:** \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PERSONA ATENDIDA (los que se conozcan):**

Apellidos:		Nombre:
D.N.I.:	Sexo (V/M):	Edad:(aproximada)

**DATOS RELACIONADOS CON LA INTERVENCIÓN:**

<b>Persona atendida:</b>	
¿Responde a estímulos?:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Respira con normalidad?:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ritmo desfibrilable:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nº de aplicaciones DESA realizadas:	.....
Tiempo aproximado transcurrido entre el episodio inicial y la utilización del DESA (en minutos):	.....
Respuesta a RCP:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tiempo RCP básica (en minutos):	.....
¿Se avisó al Centro Coordinador de Emergencias?:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA QUE HA USADO EL DESA:**

Nombre y Apellidos:	Nº Registro DESA persona autorizada:
D.N.I.:	

En, \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

Firma

Borrar

Imprimir

Remitir en el plazo máximo de **una semana** en **sobre cerrado**, a la Dirección General Salud Pública de la Consejería de Sanidad, Paseo de Zorrilla, nº 1, 47071 Valladolid