

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

**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): UNIVERSIDAD DE SALAMANCA	
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:

Persona atendida:	
¿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