



COMUNICACIÓN DE USO DE DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO

EMPRESA O ENTIDAD:

Empresa o Razón Social	
Donde está situado el DESA:	
Dirección:	
Localidad:	Provincia:
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:	
D.N.I.:	Nº Registro DESA persona autorizada:

En _____ a _____ de _____ del _____

Firma