



ARTICOLAZIONE AZIENDALE TERRITORIALE  
COMO

AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE SANT'ANNA DI COMO  
Dipartimento di Emergenza, Rianimazione e Anestesia  
U.O. Anestesia e Rianimazione II - S.S.U.Em. 118

## SCHEDA DEBRIEFING - DEFIBRILLAZIONE PRECOCE

Data evento \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Ente: CROCE ROSSA ITALIANA \_\_\_\_\_

Comune di intervento \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_

Anagrafica del paziente:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Età \_\_\_

Nr. scheda EVENTO \_\_\_\_\_ Nr. scheda PAZIENTE \_\_\_\_\_ (forniti da SOREU 118)

Tipo di Defibrillatore utilizzato:	FR2		FR3		G5		ALTRO:

### DESCRIZIONE INTERVENTO

(tipo di evento, circostanze, problematiche insorte, raccordo con la SOREU 118 ecc.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ARRESTO CARDIACO TESTIMONIATO DA OPERATORE DAE	SI	NO
EROGATO SHOCK ELETTRICO (ALMENO 1)	SI	NO
ALL'ARRIVO DEI SOCCORRITORI PAZIENTE SOTTOPOSTO A MASSAGGIO CARDIACO PRATICATO DA ASTANTI	SI	NO
ESITO SULLA SCENA	DECEDUTO	TRASPORTATO
OSPEDALE DI DESTINAZIONE (SE TRASPORTATO)		

Operatore AED (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Inviare la presente scheda compilata a mezzo fax al numero 02/52871499  
via email: [dp.118como@hsacomo.org](mailto:dp.118como@hsacomo.org)