

สำหรับใช้ภายในเท่านั้น	
เหตุการณ์ทางคลินิกอ้างอิง	
เหตุการณ์ทางการตลาดอ้างอิง	

รายงานเหตุการณ์ของลูกค้า

แบบฟอร์มต้องไม่มีข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้

โปรดอย่าใส่ข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ เช่น ชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ หรือที่ตั้งของโรงพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วย

ชาย หญิง ไม่ระบุเพศ / เพศที่สาม
 อายุ (ปี): _____
 น้ำหนัก (โดยประมาณ): ปอนด์ กิโลกรัม

ข้อมูลเหตุการณ์

ประเทศ:

วันที่ใช้:

เวลาที่ใช้งาน (ท้องถิ่น):

มีผู้พบเห็นเหตุการณ์หรือไม่

มี ไม่มี
 หากมี โปรดระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ผู้พบเหตุการณ์ทำ CPR ก่อนที่จะเปิดเครื่อง AED หรือไม่

ใช่ ไม่ใช่
 หากใช่ ทำ CPR ที่ไหนที่

เวลาการตอบสนองของผู้ช่วยชีวิตใช้ตั้งแต่พบภาวะ SCA จนถึงการใช้ AED คือเท่าใด

โปรดตอบเป็นนาที:

ผู้ป่วยมีการหายใจก่อนเริ่มทำ CPR หรือไม่

มี ไม่มี ไม่ทราบ

ผู้ป่วยมีชีพจรก่อนเริ่มทำ CPR หรือไม่

มี ไม่มี ไม่ทราบ

ได้ทำการช็อกหรือไม่

ทำ ไม่ทำ

ประเภทของสถานที่ที่ทำการช่วยชีวิต

ประเภทสถานที่ (เลือกหนึ่งข้อ)

รายละเอียด

บ้าน

สำนักงาน

สถานพยาบาล

ศูนย์กีฬา

พื้นที่สาธารณะ

อื่น ๆ (อธิบายสถานที่โดยไม่ระบุชื่อหรือตำแหน่งทางภูมิศาสตร์)

โปรดระบุประเภทของสถานที่ตั้ง (ยิม คลินิกทำฟัน ร้านอาหาร ฯลฯ) โดยให้ข้อมูลให้มากที่สุด
โปรดอย่าระบุชื่อสถานที่ ที่อยู่ หรือตำแหน่งทางภูมิศาสตร์

ผลลัพธ์ของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ (เลือกหนึ่งข้อ)

รายละเอียด

รอดชีวิตและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

รอดชีวิตและออกจากโรงพยาบาลแล้ว

เสียชีวิต

โปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความพยายามในการช่วยชีวิต (รพพยาบาลมาถึงเมื่อใด การดำเนินการที่ได้กระทำ)
โปรดอย่าระบุชื่อเมือง ชื่อโรงพยาบาล หรือที่อยู่

โรคประจำตัวของผู้ป่วย (ถ้าทราบ)

โรค (เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)	โปรดระบุโรคหรือภาวะอื่นๆ ที่ทราบ:
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	
<input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง	
<input type="checkbox"/> ผังเครื่องกระตุ้นหัวใจ	

ไฟล์เหตุการณ์

ต้องแนบไฟล์เหตุการณ์ที่ดาวน์โหลดมาพร้อมกับแบบฟอร์มนี้ โปรดตั้งชื่อไฟล์ตามโครงสร้างดังต่อไปนี้:

หมายเลขซีเรียลของอุปกรณ์_วันที่เกิดเหตุการณ์ (ตต-วว-ปปปป)

โปรดส่งทั้งแบบฟอร์มและไฟล์เหตุการณ์ (.pco) มาที่ AEDEvent@Stryker.com ระบบจะไม่รับไฟล์ PDF

หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการดาวน์โหลดไฟล์ โปรดติดต่อตัวแทนฝ่ายขายของ Stryker ในพื้นที่ของคุณ

ข้อมูลอุปกรณ์

ประเภทของเครื่อง (เลือกหนึ่งข้อ)	หมายเลขซีเรียลของอุปกรณ์
<input type="checkbox"/> LIFEPAK® CR2	
<input type="checkbox"/> LIFEPAK CR® Plus	
<input type="checkbox"/> LIFEPAK EXPRESS	

ข้อมูลผู้รายงาน

ชื่อผู้รายงานเหตุการณ์:	
โทรศัพท์:	
อีเมล:	
ชื่อผู้จัดจำหน่าย:	

ข้อมูลผู้ใช้

ผู้ใช้เคยได้รับการฝึกอบรมหรือไม่ (ถ้าทราบ):	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ผู้ให้บริการฝึกอบรม (ถ้าทราบ):	
---	--	--------------------------------	--

เงื่อนไข

เงื่อนไขของโครงการ Forward Hearts มีดังต่อไปนี้

1. โปรดอย่าแนบรูปภาพ เสียง และ/หรือวิดีโอที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่รายงาน
2. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน (SCA) จึงจะมีสิทธิ์ในการเข้าร่วมโครงการนี้ (เหตุการณ์ดังกล่าวจะได้รับการตรวจสอบโดยทีมงานทาง Stryker Clinical ซึ่งการตัดสินใจเป็นขั้นสุดท้าย)
3. โปรดดูที่ strykeremergencycare.com สำหรับข้อกำหนดคุณสมบัติทั้งหมดของการเข้าร่วมโครงการ Forward Hearts หลังจากใช้เครื่อง AED ของ Stryker ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยจากภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

บุคคลที่กรอกแบบฟอร์มนี้จะตรวจสอบให้แน่ใจว่าได้ปฏิบัติตามกฎระเบียบด้านความเป็นส่วนตัวในท้องถิ่น และยินยอมที่จะตรวจสอบให้แน่ใจว่าไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวตนอยู่ในแบบฟอร์มนี้

ลายมือชื่อผู้รายงาน: _____ วันที่: _____

โปรดให้รายละเอียดเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้เครื่อง AED นี้
โปรดอย่าใส่ข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลและสถานที่ที่เกี่ยวข้อง