

Arbetsblad Hjärtlarm – Barn (Ej journalhandling)

Datum: _____ Avd/Enhet: _____ Patient id: _____

Hjärtstopp/Livlös	_____:
<input type="checkbox"/> Bevittnat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> EKG-övervakad	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Larm utlöst	<input type="checkbox"/> Intubation
<input type="checkbox"/> Syrgas	<input type="checkbox"/> PVK
<input type="checkbox"/> HLR-Bräda	<input type="checkbox"/> EZ-IO
<input type="checkbox"/> Sond	

WETFLAG		Värden och doser
Vikt (kg)	0-1 år (0,5 x ålder i månader) + 4 1-5 år (2x ålder i år) + 8 6-12 år (3x ålder i år) + 7	
Energi (defibrillering)	4 J/ kg vid VF/Pulslös VT	
Tubstorlek, 1-8 år	(Ålder i år/4) + 4	
Vätska	10 ml/kg	
① Adrenalin 0,1 mg/ml	0,01mg/kg= 0,1 ml/kg	
Glukos 100 mg/ml	3 ml/kg	
② Amiodaron 15mg/ml (Späd: Amiodaron 50 mg/ml, 6 ml med 14 ml Glukos 50 mg/ml = 15 mg/ml)	5 mg/kg=0,33 ml/kg	

Första registrerade hjärtrytm
<input type="checkbox"/> Asystoli
<input type="checkbox"/> PEA
<input type="checkbox"/> VF
<input type="checkbox"/> VT
Första behandlingsråd från AED
<input type="checkbox"/> Defibrillera
<input type="checkbox"/> Defibrillera ej

Tid (i minutrar)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Start av HLR <small>(Markera start och avslut)</small>																										
Larmgruppens ankomst																										
Defibrillator ansluten																										
Defibrillering																										
Adrenalin ¹																										
Amiodaron ²																										
Infusion																										

HLR start före larmgruppens ankomst	Ja	Nej	Om ja, hypotermibehandling	Ja	Nej		
Vilken hjärtstartare användes?	AED Intrepid Båda modellerna		Fanns det betänkligheter över att HLR startades	Ja	Nej		
Användes HLR-mätaren QCPR	Ja	Nej	Var samtliga insatser tillfredställande	Ja	Nej		
Vem Defibrillerade?	Läk	Ssk	Usk	Annan	Fanns anhöriga närvarande?	Ja	Nej
Användes LUCAS	Ja	Nej	Önskas kontakt med sjukhusets HLR-funktion		Ja	Nej	
Överlevde patienten?	Ja	Nej	Namn på ifyllande person				