

ANEXO TÉCNICO N° 2 Formulario de reporte uso de Desfibrilador Externo Automático (DEA) en ambiente extrahospitalario

Fecha del evento: (1)	Nombre del lugar del evento: (2)
DATOS DE LA PERSONA ATENDIDA EN EL EVENTO	
Nombre completo: (3)	
Tipo de documento de identificación: (4)	Número de documento de identificación: (5)
Edad: (6)	Sexo: (7) Hombre ____ Mujer ____
Asegurador en Salud: (8)	
DATOS DEL EVENTO EN DONDE SE UTILIZÓ EL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO – DEA	
Nombre de la persona que utilizó el DEA: (9)	
Tipo de documento de identificación: (10)	Número de documento de identificación: (11)
Hora de inicio del evento: (12)	Hora de activación de la cadena de supervivencia: (13)
Hora de utilización del DEA: (14)	Hora de traslado de la persona atendida a la institución de salud: (15)
DATOS DEL MEDIO DE TRANSPORTE EN EL CUAL ES TRASLADADA LA PERSONA ATENDIDA A LA INSTITUCIÓN DE SALUD	
Nombre de la persona encargada del traslado: (16)	
Medio de transporte utilizado para el traslado: (17)	
Ambulancia ____ Transporte particular ____ Otro ____ *Cuál? _____	
Observaciones: (19)	
<p align="center">_____</p> <p align="center">Nombre y firma de persona de la institución responsable del DEA utilizado</p>	

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL ANEXO TÉCNICO No. 2

1. Fecha del evento: Escriba la fecha en la cual sucedió el evento donde se utilizó el DEA.
2. Nombre del lugar del evento: Escriba el nombre del lugar con alta afluencia de público donde sucedió el evento.

Datos de la persona atendida en el evento

3. Nombre completo: Escriba el nombre completo de la persona atendida con el uso del DEA;
4. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento de identificación de la persona atendida con el uso del DEA;
5. Número de documento de identificación: Escriba el número de documento de identificación de la persona atendida con el uso del DEA;
6. Edad: Escriba la edad en años de la persona atendida con el uso del DEA;
7. Sexo: Marque con una X el sexo de la persona atendida con el uso del DEA;
8. Asegurador en Salud: Escriba el nombre de la aseguradora en salud a la cual se encuentra afiliada la persona atendida con el uso del DEA (entidades promotoras de salud, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades adaptadas de salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud).

Datos del evento en donde se utilizó el Desfibrilador Externo Automático (DEA)

9. Nombre de la persona que utilizó el DEA: Escriba el nombre completo de la persona que utilizó el DEA para realizar la descarga;
10. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento de identificación de la persona que utilizó el DEA para realizar la descarga;
11. Número de documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación de la persona que utilizó el DEA para realizar la descarga;
12. Hora de inicio del evento: Escriba en números la hora en la cual se inició el evento en el cual se utilizó el DEA;
13. Hora de activación de la cadena de supervivencia: Escriba en números la hora en la cual se activó la cadena de supervivencia del evento en el cual se utilizó el DEA;
14. Hora de utilización del DEA: Escriba en números la hora en la cual se utilizó el DEA; y
15. Hora de traslado de la persona atendida a la institución de salud: Escriba en números la hora en la cual se realizó el traslado de la persona atendida a la institución de salud. En caso de fallecimiento de la persona en el lugar del evento, escriba N/A.

Datos del medio de transporte en el cual es trasladada la persona atendida a la institución de salud

En caso de fallecimiento de la persona en el lugar del evento, no debe diligenciar las variables 17, 18 y 19.

16. Nombre de la persona encargada del traslado: Escriba el nombre completo de la persona responsable de realizar el traslado a la institución de salud establecida en la ruta;
17. Medio de transporte utilizado para el traslado: Marque con una X el medio de transporte en el cual se realizó el traslado a la institución de salud establecida en la ruta. Si la opción seleccionada en "Otro", debe escribir cual fue el medio de transporte utilizado;
18. Nombre de la empresa de la ambulancia: escriba el nombre de la empresa a la cual pertenece la ambulancia que realizó el traslado; y,

19. Observaciones: Escriba las observaciones que estime pertinentes, diferentes a los datos reportados en las variables anteriores.