

Guía de Actuación del Equipo de Intervención Rápida	Ficha de Identificación
	Nombre (s): _____
	Apellidos: _____
	Fecha de Nac: dd / mm / aaaa Sexo: M F

Activación de Ambulancia de Intervención Rápida	Fecha: dd / mm / aaaa	Hora	Iniciales
Recepción de llamada en el servicio de Ambulancias			
Hora de salida de Ambulancia de Intervención Rápida			
Hora de arribo de ambulancia al domicilio del paciente			
Tranquilice al enfermo y/o acompañantes <i>(Verifique y registre en los 3 minutos de contacto)</i>			
Hora aproximada del inicio de los síntomas			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿El paciente se queja de malestar torácico no traumático? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • ¿Tiene malestar en el cuello, mandíbula, hombro, brazos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • ¿La molestia es en el dorso o en epigastrio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • ¿Refiere dificultad respiratoria o tiene diaforesis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿El paciente ha perdido el estado de consciencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <ul style="list-style-type: none"> • Inicie medidas de RCP • No traslade al paciente hasta que se encuentre estable 			
Obtenga un ECG de 12 derivaciones y transmítalo al asesor <i>(en los 10 minutos de contacto)</i>			
<ul style="list-style-type: none"> • Infarto con elevación del ST confirmado por un asesor <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">Active el Código Infarto</p> <p style="text-align: center;">Traslade al enfermo a una unidad con capacidad de atención de infarto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome isquémico coronario sin elevación del ST <input type="checkbox"/> • ECG normal (No se descarta infarto) <input type="checkbox"/> <p>Traslade al enfermo a una unidad de urgencias o cuidados cardiovasculares de su elección</p>		
Preparación para el traslado <i>(Si el paciente se encuentra estable y sin pasar tiempo)</i>			
<ul style="list-style-type: none"> • Administre Oxígeno si está indicado • Monitorizar signos vitales y ECG continuo • Intente un acceso venoso periférico eficiente • Interrogue y documente alergias y contraindicaciones en el registro de medicamentos • Cerciores de que el paciente/familiar lleve consigo notas y recetas médicas prescritas 			
Traslado del paciente <i>(Sitio con capacidad de atención elegido por el paciente)</i>			
Especifique			
Unidad de Urgencias Cardiovasculares de Cruz Roja <input type="checkbox"/>			
Institución Pública a que es derechohabiente <input type="checkbox"/> _____			
Hospital Privado elegido por el paciente/familiar <input type="checkbox"/> _____			
Continúe conectado con el asesor hasta el arribo de la ambulancia al sitio de atención			
Registre la hora de arribo de la ambulancia al sitio de atención			
Nombre del proveedor de salud que registró	Firma	Hora	Iniciales

NUNCA DEJE SOLO AL PACIENTE