

EVALUERINGSKJEMA HLR

Kan kopieres i tilstrekkelig antall - plass til evaluering av to deltakere per kopiert side.

HLR-ferdighet

Hver deltaker stilles overfor en tilsynelatende livløs person (treningsdukke).
Observer hvilke tiltak som gjøres de neste to min. Bedøm HLR-innsatsen i det siste av disse minuttene.
Godkjent prestasjon forutsetter at du kan krysse av i alle ja-rutene.

Deltaker nr. Navn:.....

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Fastslo at pasienten ikke reagerte på tilrop og risting? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 2. Fastslo at pasienten ikke pustet normalt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 3. Ringte 1-1-3 for å få hjelp? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 4. Utførte HLR omganger med 30 kompresjoner og to innblåsninger, og klarte minst tre omganger i løpet av to minutter? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 5. Kompresjonene var dype nok? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 6. Kompresjonene ble utført med liten fare for å skade? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 7. Innblåsningene var fikk brystkassen til å heve seg? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 8. Innblåsningene ble utført med liten risiko for oppblåsning av magen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |

Deltaker nr. Navn:.....

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Fastslo at pasienten ikke reagerte på tilrop og risting? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 2. Fastslo at pasienten ikke pustet normalt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 3. Ringte 1-1-3 for å få hjelp? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 5. Utførte HLR omganger med 30 kompresjoner og to innblåsninger, og klarte minst tre omganger i løpet av to minutter? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 6. Kompresjonene var dype nok? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 7. Kompresjonene ble utført med liten fare for å skade? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 8. Innblåsningene var fikk brystkassen til å heve seg? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 9. Innblåsningene ble utført med liten risiko for oppblåsning av magen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |