

CHECK LIST BLS

(ATIVIDADE INDIVIDUAL OU EM DUPLA)

AVALIADO: _____

AVALIADOR: _____

NOTA TOTAL: _____ (10,0)

OBSERVAÇÕES: _____

AVALIAÇÃO – ALUNO 1:

1. Checou responsividade? (0,50)

SIM () NÃO ()

Pcte não responde

2. Verificou ventilação (simult com item 1)(0,50)

SIM () NÃO ()

Pcte não ventila

3. Pediu ajuda com DEA? (0,50)

SIM () NÃO ()

Aluno 2/ Professor busca DEA

4. Checou pulso (min – max 10 seg)? (0,50)

SIM () NÃO ()

Não tem pulso

5. COMPRESSÕES TORÁDICAS (ALUNO 1 - 5 ciclos de 30 compressões:2 ventilações – 2min + início segundo ciclo): TEMPO TOTAL DOS 5 CICLOS: _____

a. Posição correta das mãos? (1,0)

SIM () NÃO ()

b. Frequência de 100-120/min? (1,0)

SIM () NÃO ()

c. Profundidade 5-6cm? (0,5)

SIM () NÃO ()

d. Permitiu retorno completo do tórax? (0,50)

SIM () NÃO ()

e. Checou pulso/ventilacao após termino de 5 ciclos Completos? (0,5)

SIM () NÃO ()

6. VENTILAÇÃO (30 compressões: 2 ventilações):

a. Inclinação da cabeça + elevação do queixo? (0,5)

SIM () NÃO ()

b. Posicionou corretamente máscara? (0,50)

SIM () NÃO ()

c. Ventilação efetiva (elevação do tórax)? (1,0)

SIM () NÃO ()

d. Familiaridade com equipamento (máscara)? (0,25)

SIM () NÃO ()

7. DEA (ALUNO 2 chega com DEA e assume as compressões torácicas):

- | | | |
|--|---------|---------|
| a. Assume compressão quando chega com DEA?(0,25) | SIM () | NÃO () |
| b. Montou corretamente o DEA? (0,5) | SIM () | NÃO () |
| c. Administrou choque quando indicado? (1,0) | SIM () | NÃO () |
| d. Afastou-se do paciente para dar o choque? (0,5) | SIM () | NÃO () |