

 승인 번호 제117088호		<h2 style="margin: 0;">급성심장정지조사</h2>		이 조사표에 기재된 내용은 통계법 제33조에 의하여 비밀을 보장합니다.	
법적근거 : 심뇌혈관질환 예방 및 관리에 관한 법률 제9조(심뇌혈관질환조사통계사업)					
본 조사는 심장정지 발생규모, 생존율, 역학적 자료 생산을 통해 응급의료체계 및 심장정지 관련 대책의 효과평가 기초자료로 제공함을 목적으로 합니다.					
가. 일반정보					
조사자 :					
1. 구급일자 일련번호		20□□□□□□□□□□			
*환자 기록 획득 여부 <input type="checkbox"/> 1. 있음 <input type="checkbox"/> 2. 없음 (<input type="checkbox"/> 1. 아송병원 미상 <input type="checkbox"/> 2. 휴폐업 <input type="checkbox"/> 3. 협조불가 <input type="checkbox"/> 4. 내원기록 없음 <input type="checkbox"/> 5. 열람불가 <input type="checkbox"/> 8 기타 (_____))					
2. 병원코드		3. 식별번호			
나. 인구사회학적 정보					
4. 성별		<input type="checkbox"/> 1. 남 <input type="checkbox"/> 2. 여		5. 성명	
6. 생년월일		년 월 일		6-1. 주민등록번호 <input type="checkbox"/> 9. 미상	
7. 거주지 주소					
8. 보험종류		<input type="checkbox"/> 1. 국민건강보험 <input type="checkbox"/> 2. 자동차보험 <input type="checkbox"/> 3. 산재보험 <input type="checkbox"/> 4. 사보험 <input type="checkbox"/> 5. 의료급여 1종 <input type="checkbox"/> 6. 의료급여 2종 <input type="checkbox"/> 7. 일반 <input type="checkbox"/> 8. 기타 <input type="checkbox"/> 9. 미상			
다. 병원치료정보(1)					
9. 응급실 내원일시		년 월 일 시 분			
10. 심장정지 여부 <input type="checkbox"/> 1. 예(심장정지였으나 생존내원 포함) <input type="checkbox"/> 2. 아니오 (사유: _____)					
11. 도착 시 자발순환 회복 여부 <input type="checkbox"/> 1. 회복됨 <input type="checkbox"/> 2. 회복되지 않음					
12. 심장정지 목격 여부 <input type="checkbox"/> 1. 목격되지 않음 <input type="checkbox"/> 2. 목격됨 <input type="checkbox"/> 9. 미상					
13. 심장정지 목격일시					
		년 월 일 시 분			
14. 마지막 정상일시					
		년 월 일 시 분		<input type="checkbox"/> 24시간 이전	
15. 심장정지 발생 전 신경학적결과 <input type="checkbox"/> 1. CPC1 <input type="checkbox"/> 2. CPC2 <input type="checkbox"/> 3. CPC3 <input type="checkbox"/> 4. CPC4 <input type="checkbox"/> 5. CPC5 <input type="checkbox"/> 9. 미상					
16. 응급실 CPR 시행여부 <input type="checkbox"/> 1. 시행하지 않음 <input type="checkbox"/> 2. 20분 미만 시행함 <input type="checkbox"/> 3. 시행함					
17. CPR 시행하지 않음 혹은 20분 미만 시행 이유		<input type="checkbox"/> 1. DOA 처리(소생술에 반응하지 않을 환자로 판정) <input type="checkbox"/> 2. DNR 환자(암, 만성질환 악화, 고령으로 사망 예견 환자) <input type="checkbox"/> 3. CPR 시행 중 타병원 이송 <input type="checkbox"/> 9. 미상			
18. 응급실 CPR 후 자발순환 회복 여부		<input type="checkbox"/> 1. 회복되지 않음 <input type="checkbox"/> 2. 회복됨			
19. CPR 종료이유 <input type="checkbox"/> 1. 사망 <input type="checkbox"/> 2. 자발순환 회복 20분 이상 지속 <input type="checkbox"/> 3. 체외순환 마형산화요법 적용 <input type="checkbox"/> 4. 전원(ROSC 20분 미만 또는 CPR 지속 이송) <input type="checkbox"/> 9. 미상					
20. CPR 종료일시		년 월 일 시 분			
라. 진료결과정보					
21. 응급실 진료결과		<input type="checkbox"/> 10. 퇴원 <input type="checkbox"/> 21. 생존 후 전원 <input type="checkbox"/> 22. CPR 하면서 전원 <input type="checkbox"/> 30. 입원 <input type="checkbox"/> 40. 사망 <input type="checkbox"/> 41. 가망없는 퇴원 <input type="checkbox"/> 88. 기타 _____ <input type="checkbox"/> 99. 미상			
22. 응급실 퇴실일시					
		년 월 일 시 분			
23. 입원 후 결과 <input type="checkbox"/> 10. 퇴원 <input type="checkbox"/> 20. 자의퇴원 <input type="checkbox"/> 30. 전원 <input type="checkbox"/> 31. 입원 중 <input type="checkbox"/> 40. 사망 <input type="checkbox"/> 41. 가망없는 퇴원 <input type="checkbox"/> 88. 기타 _____ <input type="checkbox"/> 99. 미상					
24. 입원 후 퇴원일					
		년 월 일			
25. 사망일시					
		년 월 일 시 분			
26. 생존 퇴원 시 신경학적 결과 <input type="checkbox"/> 1. CPC1 <input type="checkbox"/> 2. CPC2 <input type="checkbox"/> 3. CPC3 <input type="checkbox"/> 4. CPC4 <input type="checkbox"/> 5. CPC5 <input type="checkbox"/> 9. 미상					

마. 발생관련정보			
27. 심장정지 발견/목격자	<input type="checkbox"/> 1. 다음 직종이면서 근무 중		<input type="checkbox"/> 2. 1.에 속하지 않는 직종 또는 비근무 중인 1.직종
	최초 반응자	<input type="checkbox"/> 1) 구급대원 <input type="checkbox"/> 2) 의료인 <input type="checkbox"/> 3) 경찰 <input type="checkbox"/> 4) 보건교사 <input type="checkbox"/> 5) 여객자동차운송사업 용 자동차의 운전자 <input type="checkbox"/> 6) 체육시설안전담당자 <input type="checkbox"/> 7) 인명구조원 <input type="checkbox"/> 8) 산업안전보건교육 대상자 <input type="checkbox"/> 9) 관광산업 종사자 중 의료, 구호 또는 안전업무 담당자 <input type="checkbox"/> 10) 소방안전관리자(건물 경비원) <input type="checkbox"/> 11) 체육지도자(스포츠 지도자) <input type="checkbox"/> 12) 항공종사자 및 승무원 중 안전업무 담당자 <input type="checkbox"/> 13) 철도종사자 및 승무원 중 안전업무 담당자 <input type="checkbox"/> 14) 선원 중 안전업무 담당자 <input type="checkbox"/> 15) 유아교사 <input type="checkbox"/> 16) 보육교사	
28. 일반인 CPR 시행 여부	<input type="checkbox"/> 1. 시행하지 않음 <input type="checkbox"/> 2. 시행함(<input type="checkbox"/> ①CPR <input type="checkbox"/> ②AED <input type="checkbox"/> ③CPR+AED) <input type="checkbox"/> 8. 해당없음(근무 중인 구급대원 및 의료인이 목격자인 경우) <input type="checkbox"/> 9. 미상		
28-1. 일반인 AED 부착 및 적용 여부	<input type="checkbox"/> 1. 부착만 시행 <input type="checkbox"/> 2. 부착 및 적용(shock) 시행 <input type="checkbox"/> 9. 미상		
29. 심장정지 발생 장소	<input type="checkbox"/> 1. 공공장소		<input type="checkbox"/> 2. 비공공장소
	<input type="checkbox"/> 1) 도로/고속도로 <input type="checkbox"/> 2) 공공건물(학교, 공공기관 등) <input type="checkbox"/> 3) 여가관련 장소(공원, 호수, 경기장, 극장, 전시장 등) <input type="checkbox"/> 4) 산업시설(공장, 공사장, 창고 등) <input type="checkbox"/> 5) 상업시설(상점, 식당, 술집, 호텔 등) <input type="checkbox"/> 6) 터미널/철도역사, 버스정류장, 공항 등) <input type="checkbox"/> 7) 기타 공공장소(인도, 교회, 기차 안 등)		
29-1. 심장정지 발생 층수	<input type="checkbox"/> 1. 지상 층수 _____ 층 <input type="checkbox"/> 2. 지하 층수 _____ 층 <input type="checkbox"/> 8. 해당없음 <input type="checkbox"/> 9. 미상		
30. 심장정지 시 활동	<input type="checkbox"/> 1) 운동 경기중 <input type="checkbox"/> 7) 일상 생활중 <input type="checkbox"/> 88) 기타		<input type="checkbox"/> 88.1) 자해-자살 <input type="checkbox"/> 88.2) 폭력-폭행 <input type="checkbox"/> 88.3) 종교활동 <input type="checkbox"/> 88.4) 목적이 불분명한 이동 <input type="checkbox"/> 88.8) 그 외 기타 _____
	<input type="checkbox"/> 2) 여가 활동중 <input type="checkbox"/> 7.1) 식사중 <input type="checkbox"/> 3) 유소독 근무중 <input type="checkbox"/> 7.2) 수면중 <input type="checkbox"/> 4) 무소독 근무중 <input type="checkbox"/> 7.3) 휴식중 <input type="checkbox"/> 5) 교육중 <input type="checkbox"/> 7.8) 그 외 일상생활 <input type="checkbox"/> 6) 이동중 <input type="checkbox"/> 8) 치료중		
30-1. 음주흡연 상태		<input type="checkbox"/> 음주상태 <input type="checkbox"/> 흡연상태	
30-2. MET		<input type="checkbox"/> 8. 해당없음 <input type="checkbox"/> 9. 미상	

	<input type="checkbox"/> 1. 질병		<input type="checkbox"/> 2. 질병 외		
			손상기전	의도성	
31. 심장정지 원인	<input type="checkbox"/> 1) 심인성 <input type="checkbox"/> 2) 호흡성 <input type="checkbox"/> 3) 비외상성 출혈 <input type="checkbox"/> 4) 말기상태 (암, 심부전, 신부전, 간부전) <input type="checkbox"/> 5) 영아돌연사증후군 <input type="checkbox"/> 8) 기타 질병 <input type="checkbox"/> 8.1) 뇌출혈 (ICH, SDH, SAH, EDH) <input type="checkbox"/> 8.8) 그 외 기타 질병 _____		<input type="checkbox"/> 1) 운수사고 <input type="checkbox"/> 2) 추락 <input type="checkbox"/> 3) 부딪힘 <input type="checkbox"/> 4) 자상, 찰림, 절단 <input type="checkbox"/> 5) 총상 <input type="checkbox"/> 6) 불, 화염, 고온체 <input type="checkbox"/> 7) 질식 <input type="checkbox"/> 8) 익수 <input type="checkbox"/> 9) 익수 <input type="checkbox"/> 10) 중독 <input type="checkbox"/> 88) 기타 _____ <input type="checkbox"/> 99) 미상	<input type="checkbox"/> 1) 비의도적 <input type="checkbox"/> 2) 의도적 자해/자살 <input type="checkbox"/> 3) 폭행 <input type="checkbox"/> 4) 법적제재 <input type="checkbox"/> 5) 전장/시위 <input type="checkbox"/> 8) 기타 _____ <input type="checkbox"/> 9) 미상	
			<input type="checkbox"/> 9. 미상		
32. 중증손상 추가정보 : 중독물질 (다중입력)	<input type="checkbox"/> 0) 비마약성 진통제, 해열제, 항류마티스 약제 <input type="checkbox"/> 1) 항간질제/진정제/최면제/항파킨슨제/정신작용약물 <input type="checkbox"/> 2) 마약 및 환각제 <input type="checkbox"/> 3) 자율신경계통에 작용하는 기타 약물 <input type="checkbox"/> 4) 기타/상세불명의 약물 및 생물학적 물질 <input type="checkbox"/> 5) 알코올 <input type="checkbox"/> 6) 유기용제 및 할로겐화 탄화수소 <input type="checkbox"/> 7) 기타 가스 및 휘발성 물질 <input type="checkbox"/> 8) 살충제, 제초제 <input type="checkbox"/> 9) 기타 및 상세불명의 화학물 및 독성물질				
33. 응급실 내원 시 심장정지 심전도 소견	<input type="checkbox"/> 0. 자발순환 회복 후 리듬 (내원 시 ROSC 상태) <input type="checkbox"/> 1. 감시하지 않음 <input type="checkbox"/> 2. 심실세동(VF) <input type="checkbox"/> 3. 무맥성 심실빈맥(pulseless VT) <input type="checkbox"/> 4. 무맥성 전기활동(PEA) <input type="checkbox"/> 5. 무수축(Asystole) <input type="checkbox"/> 6. 서맥(Bradycardia) (만 8세 미만, 60회 미만) <input type="checkbox"/> 8. 기타 _____ <input type="checkbox"/> 9. 미상(기록상 확인할 수 없는 경우)				
34. 응급실 심전도 확인일시	년 월 일 시 분				
35. 응급실 제세동 실시 여부/일시	<input type="checkbox"/> 1. 실시하지 않음 <input type="checkbox"/> 2. 실시함 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분				
36. 응급실 제세동 실시 횟수	<input type="checkbox"/> 1. 1회 <input type="checkbox"/> 2. 2회 <input type="checkbox"/> 3. 3회 <input type="checkbox"/> 4. 4회 이상 <input type="checkbox"/> 8. 해당없음 <input type="checkbox"/> 9. 미상				
37. 과거력 (다중입력)	고혈압	심장질환	만성신장질환	만성호흡기질환	만성정신질환
	<input type="checkbox"/> 1. 있음 <input type="checkbox"/> 2. 없음 <input type="checkbox"/> 9. 미상	<input type="checkbox"/> 1. 있음 <input type="checkbox"/> 2. 없음 <input type="checkbox"/> 9. 미상	<input type="checkbox"/> 1. 있음 <input type="checkbox"/> 2. 없음 <input type="checkbox"/> 9. 미상	<input type="checkbox"/> 1. 있음 <input type="checkbox"/> 2. 없음 <input type="checkbox"/> 9. 미상	<input type="checkbox"/> 1. 있음 <input type="checkbox"/> 2. 없음 <input type="checkbox"/> 9. 미상
	당뇨병	<input type="checkbox"/> 1.1 허혈성 심장질환 <input type="checkbox"/> 1.2 심근경색 <input type="checkbox"/> 1.3 협심증 <input type="checkbox"/> 1.4 판막증 <input type="checkbox"/> 1.5 부정맥 <input type="checkbox"/> 1.6 울혈성 심부전	<input type="checkbox"/> 1.1 만성신부전 (투석, 신장이식 제외) <input type="checkbox"/> 1.2 투석 <input type="checkbox"/> 1.3 신장이식 <input type="checkbox"/> 1.9 기타 만성신장질환	<input type="checkbox"/> 1.1 천식 <input type="checkbox"/> 1.2 만성폐쇄성 폐질환 <input type="checkbox"/> 1.3 폐결핵 <input type="checkbox"/> 1.9 기타 만성 호흡기질환	<input type="checkbox"/> 1.1 우울증 <input type="checkbox"/> 1.2 조현병 (정신분열증) <input type="checkbox"/> 1.3 조울증 <input type="checkbox"/> 1.9 기타 만성정신질환
	암	<input type="checkbox"/> 1.7 심근증 <input type="checkbox"/> 1.8 과거시술 기록(STENT, PCI, CABG) <input type="checkbox"/> 1.9 기타 심장질환 <input type="checkbox"/> 1.10 선천성 심장질환	뇌졸중 <input type="checkbox"/> 1.1 뇌경색 <input type="checkbox"/> 1.2 뇌출혈 <input type="checkbox"/> 1.9 분류 되지 않은 기타 뇌졸중	이상지질혈증 <input type="checkbox"/> 1.1 고지혈증 <input type="checkbox"/> 1.9 기타 이상지질혈증	<input type="checkbox"/> 88. 전체 없음 <input type="checkbox"/> 99. 전체 미상
	음주력	<input type="checkbox"/> 1. 현재음주 <input type="checkbox"/> 2. 과거음주 <input type="checkbox"/> 8. 없음 <input type="checkbox"/> 9. 미상			
	흡연력	<input type="checkbox"/> 1. 현재흡연 <input type="checkbox"/> 2. 과거흡연 <input type="checkbox"/> 3. 전자담배 <input type="checkbox"/> 8. 없음 <input type="checkbox"/> 9. 미상			

바. 병원치료정보(2)					
<input type="checkbox"/> 1. 재관류 요법 (<input type="checkbox"/> 정맥내(IV thrombolysis) <input type="checkbox"/> 중재적(Primary PCI) <input type="checkbox"/> 검사만 시행(angiography) <input type="checkbox"/> 미상)					
시작 전 상태	시작 전 의식상태	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 <input type="checkbox"/> 기타(Sedation) <input type="checkbox"/> 미상			
	의식상태 측정일시	년 월 일 시 분			
상태	혈압	/ mmHg <input type="checkbox"/> 맥박 회/분 <input type="checkbox"/> 호흡 회/분 <input type="checkbox"/> 체온 °C			
	생체징후 측정일시	년 월 일 시 분			
• 시작일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
• 종료일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
• 수행성공여부 <input type="checkbox"/> 성공종료 <input type="checkbox"/> 시술실패 <input type="checkbox"/> 미상					
<input type="checkbox"/> 2. 목표체온유도 (<input type="checkbox"/> 체외저온법1 <input type="checkbox"/> 체외저온법2 <input type="checkbox"/> 정맥내저온법 <input type="checkbox"/> 체내저온법 <input type="checkbox"/> 미상)					
시작 전 상태	시작 전 의식상태	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 <input type="checkbox"/> 기타(Sedation) <input type="checkbox"/> 미상			
	의식상태 측정일시	년 월 일 시 분			
상태	시작 전 체온	°C			
	시작 전 체온 측정시간	년 월 일 시 분			
• 혈압 / mmHg <input type="checkbox"/> 맥박 회/분 <input type="checkbox"/> 호흡 회/분					
• 생체징후 측정일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
• 목표체온 _____°C					
• 시작일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
• 목표체온 도달일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
• 재가온요법 시작일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
• 종료일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
• 수행성공여부 <input type="checkbox"/> 성공종료 <input type="checkbox"/> 중간종료 <input type="checkbox"/> 유지실패 <input type="checkbox"/> 미상					
<input type="checkbox"/> 3. 관상동맥우회술(CABG)					
• 수술일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
<input type="checkbox"/> 4. 심박동기 삽입 (<input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> pace maker <input type="checkbox"/> 기타 _____ <input type="checkbox"/> 미상)					
• 작동시작일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
• 수행성공여부 <input type="checkbox"/> 작동 <input type="checkbox"/> 작동안함 <input type="checkbox"/> 미상					
<input type="checkbox"/> 5. 기계적 압박장치 (<input type="checkbox"/> Autopulse <input type="checkbox"/> Thumper <input type="checkbox"/> X-CPR <input type="checkbox"/> LUCAS <input type="checkbox"/> 기타 _____)					
• 시행일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
<input type="checkbox"/> 6. 체외순환 막형산화요법 (<input type="checkbox"/> 응급실 <input type="checkbox"/> 심혈관조영실 <input type="checkbox"/> 중환자실 <input type="checkbox"/> 기타(병원외부, 앰블런스 등) <input type="checkbox"/> 미상)					
시작 전 상태	시작 전 상태	<input type="checkbox"/> 심장정지 (<input type="checkbox"/> 1차 CPR <input type="checkbox"/> 2차 이상 CPR) <input type="checkbox"/> 자발순환 회복			
	시작 전 의식상태	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 <input type="checkbox"/> 기타(Sedation) <input type="checkbox"/> 미상			
상태	의식상태 측정일시	년 월 일 시 분			
	혈압	/ mmHg <input type="checkbox"/> 맥박 회/분 <input type="checkbox"/> 호흡 회/분 <input type="checkbox"/> 체온 °C			
• 생체징후 측정일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
• 시작일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
• 종료일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					
• 수행성공여부 <input type="checkbox"/> 성공종료 <input type="checkbox"/> 시술실패 <input type="checkbox"/> 미상					
• 자발순환 회복 여부 <input type="checkbox"/> 회복되지 않음 <input type="checkbox"/> 회복됨					
• 자발순환 회복 일시 _____년 _____월 _____일 _____시 _____분					

38. 주요 시술분류 (다중입력)

사. 2차 이송병원정보			
39. 병원코드		40. 식별번호	
41. 자료유무	<input type="checkbox"/> 1. 해당환자 자료 유 <input type="checkbox"/> 2. 해당환자 자료 있으나 불일치 <input type="checkbox"/> 3. 해당환자 자료 무()		
42. 응급실 진료결과	<input type="checkbox"/> 10. 퇴원 <input type="checkbox"/> 21. 생존 후 전원 <input type="checkbox"/> 22. CPR 하면서 전원 <input type="checkbox"/> 30. 입원 <input type="checkbox"/> 40. 사망 <input type="checkbox"/> 41. 가망없는 퇴원 <input type="checkbox"/> 88. 기타 _____ <input type="checkbox"/> 99. 미상		
43. 응급실 퇴실일시	년	월	일 시 분
44. 입원 후 결과	<input type="checkbox"/> 10. 퇴원 <input type="checkbox"/> 20. 자의퇴원 <input type="checkbox"/> 30. 전원 <input type="checkbox"/> 31.입원 중 <input type="checkbox"/> 40. 사망 <input type="checkbox"/> 41. 가망없는 퇴원 <input type="checkbox"/> 88. 기타 _____ <input type="checkbox"/> 99. 미상		
45. 입원 후 퇴원일	년	월	일
46. 사망일시	년	월	일 시 분
47. 생존 퇴원 시 신경학적 결과	<input type="checkbox"/> 1. CPC1 <input type="checkbox"/> 2. CPC2 <input type="checkbox"/> 3. CPC3 <input type="checkbox"/> 4. CPC4 <input type="checkbox"/> 5. CPC5 <input type="checkbox"/> 9. 미상		

본 조사에 협조해 주셔서 감사드립니다.

질병관리청 손상예방정책과 (T. 043-719-7416)

