

Pan-Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS)

Site Information

Country	_____	Site Number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
City/EMS District	_____	Trial number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(For official use only)

Incident Information

Date of Incident	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(dd/mm/yyyy)	Incident number	_____
Location of Incident	_____			
(including Zip Code)	_____			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Location Type	<input type="checkbox"/> ₁ Home residence <input type="checkbox"/> ₂ Healthcare facility <input type="checkbox"/> ₃ Public/Commercial building <input type="checkbox"/> ₄ Residential institution <input type="checkbox"/> ₅ Street/Highway <input type="checkbox"/> ₆ Industrial place <input type="checkbox"/> ₇ Place of recreation <input type="checkbox"/> ₈ Others, specify _____			

Patient Information

Trial log	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date of birth	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	<input type="checkbox"/> ₁ Male <input type="checkbox"/> ₂ Female
Race / Ethnicity	<input type="checkbox"/> ₁ Asian <input type="checkbox"/> ₂ White/Caucasian <input type="checkbox"/> ₃ Native American <input type="checkbox"/> ₄ Black/African <input type="checkbox"/> ₅ Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> ₆ Pacific Islander/ Native Hawaiian
Past medical history	<input type="checkbox"/> ₁ No <input type="checkbox"/> ₂ Unknown <input type="checkbox"/> ₃ Heart disease <input type="checkbox"/> ₄ Hypertension <input type="checkbox"/> ₅ Diabetes <input type="checkbox"/> ₆ Cancer <input type="checkbox"/> ₇ Renal disease <input type="checkbox"/> ₈ Others, specify _____

Dispatch Information

Time call received at dispatch center	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss)
Time First responder dispatched	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss) <input type="checkbox"/> NA
Time Ambulance dispatched	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss)
Time First responder arrived at scene	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss) <input type="checkbox"/> NA
Time Ambulance arrived at scene	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss)
Time EMS arrival at patient side	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss)
Time Ambulance left scene	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss)
Time Ambulance arrived at ED	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss)

Please tick the appropriate boxes and/or fill in the appropriate details.

Pan-Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS)

Event Information

Estimated time of arrest	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss)		
Arrest witnessed	<input type="checkbox"/> ₁ Not witnessed	<input type="checkbox"/> ₂ By bystander	<input type="checkbox"/> ₃ By EMS (FR/Paramedic)	
Bystander CPR	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ Unknown/Not noted	<input type="checkbox"/> ₄ NA
Bystander AED applied	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ Unknown/Not noted	<input type="checkbox"/> ₄ NA
	<i>If 'Yes', were shocks delivered?</i>			
	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₃ Unknown/Not noted	
Cause of arrest	<input type="checkbox"/> ₁ Trauma		<input type="checkbox"/> ₂ Non-trauma	

Resuscitation Information

Resuscitation attempted	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> ₂ No	
First arrest rhythm	<input type="checkbox"/> ₁ VF	<input type="checkbox"/> ₂ VT	<input type="checkbox"/> ₃ PEA
	<input type="checkbox"/> ₄ Asystole	<input type="checkbox"/> ₅ Unknown/not noted	
Time CPR started by EMS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss)	<input type="checkbox"/> Unknown/not noted
Time AED applied by EMS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss)	<input type="checkbox"/> Unknown/not noted
Defibrillation by EMS	<input type="checkbox"/> ₁ Yes		
	<input type="checkbox"/> ₂ No		
	<i>If 'Yes', time of first shock given</i>		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss)	<input type="checkbox"/> Unknown/Not noted
Advanced airway used	<input type="checkbox"/> ₁ Yes		
	<input type="checkbox"/> ₂ No		
	<input type="checkbox"/> ₃ Unknown/not noted		
	<i>If 'Yes', please specify</i>		
	<input type="checkbox"/> ₁ Oral ET	<input type="checkbox"/> ₂ Combitube/LMA/King airway	<input type="checkbox"/> ₃ Other, specify _____
Drug administration	<input type="checkbox"/> ₁ Yes		
	<input type="checkbox"/> ₂ No		
	<input type="checkbox"/> ₃ Unknown/not noted		
	<i>If 'Yes', select drugs given</i>		
	<input type="checkbox"/> ₁ Epinephrine	<input type="checkbox"/> ₂ Atropine	<input type="checkbox"/> ₃ Amiodarone
	<input type="checkbox"/> ₄ Bicarbonate	<input type="checkbox"/> ₅ Lidocaine	<input type="checkbox"/> ₆ Dextrose
	<input type="checkbox"/> ₇ Others, specify _____		
Return of spontaneous circulation	<input type="checkbox"/> ₁ Yes		
	<input type="checkbox"/> ₂ No		
	<input type="checkbox"/> ₃ Unknown/not noted		
	<i>If 'Yes', specify time</i>		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(hh:mm:ss)	<input type="checkbox"/> Unknown/not noted

Disposition

Final status at scene	<input type="checkbox"/> ₁ Conveyed to ED	<input type="checkbox"/> ₂ Pronounced dead at scene
Transported to (name of hospital)	_____	
Patient's status at ED arrival	<input type="checkbox"/> ₁ ROSC	
	<input type="checkbox"/> ₂ Ongoing resuscitation	

Please tick the appropriate boxes and/or fill in the appropriate details.