

	<b>REGIONE PIEMONTE - A.O. ORDINE MAURIZIANO</b> <b>Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino</b>	<b>DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE</b> <b>Direttore Dr.Medico di Prova</b> <b>Tel.011.5082370(P.S.) - 011.5082772 (Med.Urgenza)</b>	 N° Accesso 1438301
	<hr/>		

Signora **PROVA ACCETTAZIONE**

Nata il 01/01/2001 a TORINO

Residente a TORINO (TO) - (10100) in VIA SUSA N° 10

Id.Paziente 689919

c.f. PRVCTT01A41L219G

Telefono 0

Torino, 03/07/2023

Accesso di Pronto soccorso n° 1438301

Paziente accettato il 03/07/2023 alle 18:05

Codice Triage Ingresso : AZZURRO

**PROVENIENZA:**

Pervenuto tramite 118

**A MEZZO DI:**

Ambulanza 118

**MOTIVO:**

Emesi e sudorazione algida

**TRIAGE:**

03/07/23 18:05:00	Codice: Azzurro  Allergie: Nessuna allergia riferita  Val.Triage Apertura Occhi: Spontanea Risposta motoria: Ubbidisce al comando Risposta verbale: Orientata GCS: 15  PAO:110/60, F.C.:80, T:36 Dolore (NRS): 2  MULTISTICK:    HTG:  Valutazione: Emesi e sudorazione algida da circa due ore dopo aver consumato bevande fredde. VCO.  D. MEDICO	
03/07/23 20:01:00	Codice: Azzurro  Allergie: Nessuna allergia riferita  Val.Triage Apertura Occhi: Risposta motoria: Risposta verbale: GCS: 0  Dolore (NRS): 2  MULTISTICK:    HTG:  Valutazione: Pte seduto davanti alle sale visita. In attesa di visita. TC 36,8 °C. Lieve miglioramento della sintomatologia. Si conferma codice.  D. MEDICO	



**VISITA DI INGRESSO 03/07/2023 21:01:00 Firmata da Dr. DI PROVA MEDICO:**

*DATI ANAMNESTICI DI RILIEVO:*

Accede in DEA per insorgenza di dolore addominale epigastrico verso le h 16.30, nausea e plurimi episodi di vomito prima alimentare e successivamente biliare; alvo canalizzato a feci semiformate; nega febbre; nega disuria/stranguria.

Il paziente nega assunzione di funghi, carne o pesce cruda, conserve fatte in casa, crostacei; ha mangiato insalata di riso con uovo (ma apparentemente cotto) e bevuto coca-cola con ghiaccio. Nega contatto con bimbi piccoli con diarrea o viaggi recenti in Paesi Extraeuropei. Altri familiari conviventi asintomatici.

*SINTOMI / ESAME OBIETTIVO:*

VOC, GCS 15/15, eupnoico in AA.

PAO 110/60 mmHg, FC 80 bpm, FR 16 apm, T 36°C.

EOC: toni validi, ritmici, pause libere

EOP: MV, non RA

EOA: addome piano, trattabile, dolente e dolorabile in epi-mesogastrio + quadranti di sx, Murphy e Blumberg negativi, Giordano negativo bilateralmente, porte erniarie libere, peristalsi presente

AAII: non edemi declivi.

Eco bedside addome: aorta addominale di normale calibro e decorso. Non segni di idronefrosi bilaterale. Vescica depleta. Colecisti non distesa, apparentemente alitiasica, senza versamento pericolecistico. Non falde fluide libere in addome. Non immagini riferibili ad anse dilatate.

R/EE

S/metoclopramide 10 mg + pantoprazolo 40 mg ev

S/RA 500 ml.

**ESAMI E CONSULENZE RICHIESTI/E**

03/07/2023 20:59 PRELIEVO LABORATORIO ANALISI SERVIZIO

**ESITO**

**Paziente Dimesso il 03/07/2023 alle 22:13**

**Codice Triage Uscita: VERDE**

**Medico accettante: Dr. DI PROVA MEDICO**

**DIAGNOSI:**

GASTROENTER E COLITE NON INFET

**PROGNOSI:**

5 giorni S.C.



**CONSIGLI ALLA DIMISSIONE:**

- Adeguata idratazione (almeno 2 l di acqua/die)
- Dieta in bianco e leggera per 5-7 giorni, evitare fritti, grassi, cibo piccante, caffè, cioccolata, alcolici; favorire addensanti come riso e patate
- Monitoraggio temperatura corporea
- Pantoprazolo 20 mg 1 co mezz'ora prima di colazione per 7 giorni
- Fermenti lattici (ad esempio Zirfos, Yovis, Abincol) 1 bustina/die disciolta in acqua lontano dai pasti per 10 giorni
- Se dolore, Paracetamolo 1000 mg 1 co (max 3 vv/die, ad almeno 8 ore tra ciascuna assunzione)
- Se nausea, Metoclopramide 10 mg 1 co oppure 1 fl IM (max 2-3 vv/die, evitare uso prolungato)
- Eventuale coprocultura a giudizio del Curante
- Se comparsa di febbre, valutare eventuale antibiotico-terapia a giudizio del Curante
- Rientra in DEA se dolore addominale intenso, non responsivo ad analgesici, vomito incoercibile, febbre elevata ( $TC > 38^{\circ}C$ ), chiusura dell'alvo a gas e feci.

Si riaffida al Curante.

Il Medico  
Dott. DI PROVA MEDICO  
Firmato in originale

**ELENCO REFERTI ALLEGATI:**

Sinossi Esami di Laboratorio