

[illegible][illegible]

1

SEX ☒ M ☐ F ☐ n.r.

ETÀ: ☒ ANNI ☐ MESI ☐ GIORNI

32

DATA DI  
NASCITA 24 / 05 / 1987

C.F. P S C C R L 8 7 H 2 4 I 5 3 7 W

RESIDENZA VIA CAVOUR 3

COMUNE COLLEGNO (TO)

STATO ESTERO

DI RESIDENZA

CITTADINANZA ITALIANA

CODICE PATOLOGIA SPECIFICA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ORARI		CODICI		CODICE PROTOCOLLO	
ALLARME	1 0 : 2 3	EVENTO	V 0 1 K	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	
PARTENZA	1 0 : 2 4			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO	
ARRIVO	1 0 : 3 4	VALUTAZIONE	V 0 1 K	TRAUMA	
TARGET/R.V.		ARRIVO		TRAUMA CRANICO	
PARTENZA	1 0 : 4 4	VALUTAZIONE	V 0 0 5 K	PERDITA DI COSCIENZA	
TARGET/R.V.		PART./TRATTAMENTO	0 4 7		
		PATOLOGIA		<input type="checkbox"/> A	
		SECONDARIA		<input type="checkbox"/> BLU	
ARRIVO	1 0 : 5 4	VALUTAZIONE	V 0 0 5 K	<input type="checkbox"/> ALTRO	
H/ALTRO		RILASCIO			
		PATOLOGIA			
		SECONDARIA			
OPERATIVO	1 0 : 5 9	PRESTAZ. PRINCIPALE	6 6	PRESTAZIONI SECONDARIE	6 5 4 7 0 9 4 8
DINAMICA	1 6	TRIAGE/PS			

**Prestazioni effettuate:**

66 = Supporto psicologico al paziente (principale)  
65 = somministrazione ossigeno  
47 = medicazioni varie  
09 = Controllo saturazione O2  
48 = monitoraggio della pressione arteriosa

VALUTAZIONE	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Ostruzione vie aeree	<b>PERCORSO ICTUS</b> Deviazione bocca Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Debolezza arti Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Alterazione linguaggio	<b>TRAUMA</b> <input type="checkbox"/> Amputazione <input type="checkbox"/> Subamputazione <input type="checkbox"/> Schiacciamento <input type="checkbox"/> Aperto <input checked="" type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> taglio <input type="checkbox"/> punta <input type="checkbox"/> arma fuoco <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> corpo estraneo <input type="checkbox"/> Ustione 1° <input type="radio"/> 2° <input type="radio"/> 3° <input type="radio"/> BSA % <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Riferito violenza sessuale <input type="checkbox"/> Riferito atto violento	<b>SEDE</b> <input type="checkbox"/> Volto Cranio Dx <input checked="" type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Torace Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Addome Sup <input type="radio"/> Inf <input type="radio"/> Dorso Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Regione Lombare Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Regione Glutea Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Braccio Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Avambraccio Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Mano Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Coscia Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Gamba Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Piede Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Dita <input type="checkbox"/> Bacino <input type="checkbox"/> Perineo																				
	<input type="checkbox"/> Arresto respiratorio <input type="checkbox"/> FR rallentata <input checked="" type="checkbox"/> FR frequente <input type="checkbox"/> Rumori respiratori Lesioni evidenti Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Asimmetria toracica Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>	<b>PUPILLE</b> <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> piccolo <input type="checkbox"/> Diametro uguale <input type="checkbox"/> grande Anisocoria ↑ Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>	<b>ECG</b> 1° ECG <input type="text"/> : <input type="text"/> Trasmissione ECG No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Dispositivi intracardiaci No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	<b>VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI</b> <table border="1"> <tr> <th></th> <th colspan="2">SUPERIORE</th> <th colspan="2">INFERIORE</th> </tr> <tr> <th>MOTILITÀ</th> <th>Dx</th> <th>Sx</th> <th>Dx</th> <th>Sx</th> </tr> <tr> <td>Si</td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>		SUPERIORE		INFERIORE		MOTILITÀ	Dx	Sx	Dx	Sx	Si	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
		SUPERIORE		INFERIORE																				
MOTILITÀ	Dx	Sx	Dx	Sx																				
Si	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																				
No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
<input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> Cute <input type="checkbox"/> calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input checked="" type="checkbox"/> Emorragia esterna Polso periferico assente Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> centrale assente <input type="checkbox"/> Polso <input type="checkbox"/> bradicardia <input type="checkbox"/> tachicardia	<b>ANAMNESI</b> Allergie No <input checked="" type="radio"/> Medicinali No <input type="radio"/> ASSUME TRIATEC 5mg Patologie No <input type="radio"/> CARDIOPATICO E DIABETICO Pasto No <input type="radio"/> 07 : 30 COLAZIONE Evento <u>CADUTA ACCIDENTALE</u>	<b>VALUTAZIONE DOLORE</b> NRS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 7	PRS 1 2-5 4-5 6-7 8-9 10 4-5																					

E' letteralmente il motivo per cui è stato chiamato il soccorso



### Note generali

Nella compilazione di questa sezione occorre utilizzare parole semplici e dettagliate senza fare diagnosi (ricordiamoci che NON siamo medici!). Dobbiamo descrivere a parole come abbiamo trovato il paziente (seduto, senza casco, è uscito da solo dalla macchina, ...) e il suo stato di coscienza (ad esempio con la sigla **VCO** solitamente si sintetizza la frase "Vigile Cosciente e Orientato"). Evitare di riportare come nostre le informazioni eventualmente ricevute dal paziente o dagli astanti, meglio introdurre frasi con 'Il paziente RIFERISCE ...'

<b>Trasportato</b> <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> C.A.P. <input type="checkbox"/> S.S. privata <input type="checkbox"/> R.V. <input type="checkbox"/> Obitorio <input checked="" type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Altro <b>H. RIVOLI</b>	<b>Trasportato da</b> <input checked="" type="checkbox"/> MSB <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MSAB <input type="checkbox"/> ELI <input type="checkbox"/> IDRO <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Mezzo proprio	<b>NON trasportato</b> <input type="checkbox"/> Non indicazione <input type="checkbox"/> C.A. <input type="checkbox"/> Affidato <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> C.A.P. <input type="checkbox"/> Lasciato domicilio <input type="checkbox"/> Rifiuta <input type="checkbox"/> Deceduto	<b>NON completato</b> <input type="checkbox"/> Annullato da C.O. <input type="checkbox"/> Avaria mezzo <input type="checkbox"/> Meteo negativo <input type="checkbox"/> Paziente non trovato <input type="checkbox"/> Paziente già evacuato <input type="checkbox"/> Target irraggiungibile <input type="checkbox"/> Target non reperito	<b>Altri enti</b> <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> VVF <input type="checkbox"/> POL <input checked="" type="checkbox"/> WVUU <input type="checkbox"/> Altro <b>CASERMA</b> <b>SAN DONATO 1</b>
--	--	---	---	---

## EQUIPAGGIO

Codice/  
Nominativo

R

O

S

S

I

Firma *Mario Rossi*

Codice/  
Nominativo

B

I

A

N

C

H

I

Firma *Giovanni Bianchi*

Codice/  
Nominativo

V

E

R

D

I

Firma *Giuseppe Verdi*