

Chiamata								Ambulanza			
Data.....	Luogo intervento.....							CRI	Sel.		
H chiamata								Equipaggio			
H partenza								Aut.			
H sul posto								Socc.			
H partenza posto								Socc.			
H in PS								Socc.			
H libero e operativo.....	Condizione riferita.....							IP			
Recapito telefonico.....									Medico		
Codice uscita	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> R	Codice rientro	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
Attivazioni / Autorità presenti											
<input type="checkbox"/> Carabinieri	<input type="checkbox"/> Polizia Stradale	<input type="checkbox"/> Polizia Municipale	<input type="checkbox"/> Vigili del Fuoco	<input type="checkbox"/> Guardia medica							
<input type="checkbox"/> Altra ambulanza	<input type="checkbox"/> Automedica	<input type="checkbox"/> Elisoccorso	<input type="checkbox"/> Altro								
Dati anagrafici paziente											
Cognome Nome.....					Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F				
Nato il.....a.					Prov.						
Residente a.....					Prov.						
Via.....					N°						
Telefono											
Dati dichiarati da: <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> Documento / Altro.....											
Io sottoscritto/a, messo/a a conoscenza delle mie condizioni di salute e della necessità di essere soccorso/a e/o trasportato/a in ospedale, nonché dei possibili rischi futuri a cui potrò andare incontro in caso di infortunio, in pieno possesso delle mie facoltà mentali rifiuto di essere soccorso/a e/o trasportato/a presso l'ospedale consigliato.											
Rilevazioni											
Parametri	T1 H:	T2 H:	T3 H:	Glasgow Coma Scale			Pupille:	Reagenti			
Coscienza	<input type="checkbox"/> A Sveglio	<input type="checkbox"/> A Sveglio	<input type="checkbox"/> A Sveglio	T1	T2	T3	Dx: 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> V Resp. voce	<input type="checkbox"/> V Resp. voce	<input type="checkbox"/> V Resp. voce								
	<input type="checkbox"/> P Resp. dolore	<input type="checkbox"/> P Resp. dolore	<input type="checkbox"/> P Resp. dolore								
	<input type="checkbox"/> U Incosciente	<input type="checkbox"/> U Incosciente	<input type="checkbox"/> U Incosciente								
Cute	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Normale	Apertura occhi							
	<input type="checkbox"/> Pallida	<input type="checkbox"/> Pallida	<input type="checkbox"/> Pallida	T1	T2	T3					
	<input type="checkbox"/> Cianotica	<input type="checkbox"/> Cianotica	<input type="checkbox"/> Cianotica								
	<input type="checkbox"/> Sudata	<input type="checkbox"/> Sudata	<input type="checkbox"/> Sudata								
Respir.	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Normale	Risposta verbale							
	<input type="checkbox"/> Tachipnoico	<input type="checkbox"/> Tachipnoico	<input type="checkbox"/> Tachipnoico	Orientata	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5				
	<input type="checkbox"/> Bradipnoico	<input type="checkbox"/> Bradipnoico	<input type="checkbox"/> Bradipnoico	Confusa	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4				
	<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Assente	Parole inappropriate	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3				
SpO ₂				Suoni incomprensibili	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2				
				Nessuna	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1				
				Risposta motoria							
				Obbedisce	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6				
FC bpm				Localizza dolore	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5				
				Retrae al dolore	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4				
				Flette al dolore	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3				
				Estende al dolore	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2				
PA mmHg				Nessuna	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1				
				Totale GCS							
				T1 H:	T2 H:	T3 H:					
Glic. Mg/dl											
Temp. C°											
Provvedimenti											
Respiro		Circolo		Immobilizzazione		Altro		Infusioni / Farmaci			
<input type="checkbox"/> Aspirazione		<input type="checkbox"/> Emostasi		<input type="checkbox"/> Collare cervicale		<input type="checkbox"/> Coperta isotermica					
<input type="checkbox"/> Cannula orofaringea		<input type="checkbox"/> Accesso venoso		<input type="checkbox"/> KED		<input type="checkbox"/> Medicazione					
<input type="checkbox"/> Monitor SpO ₂		<input type="checkbox"/> Monitor ECG		<input type="checkbox"/> Barella cucchiaio		<input type="checkbox"/> Ghiaccio					
<input type="checkbox"/> Ossigeno lt/min.....		<input type="checkbox"/> Monitor NIBP		<input type="checkbox"/> Tavola spinale		<input type="checkbox"/> Osservazione					
<input type="checkbox"/> Ventilazione		<input type="checkbox"/> MCE min.....		<input type="checkbox"/> Steccobenda		<input type="checkbox"/> Materassino depressione					
<input type="checkbox"/> Intubazione N°.....		<input type="checkbox"/> DAE N° Shock									
Annotazioni											
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>											