

# Croce Verde Torino



**Nuove schede MSB 118 – Incontri informativi**  
18-19 gennaio 2012

## NUOVE SCHEDE MSB 118

- Introdotte in adempimento al DM 17/12/2008 in materia di nuovo sistema informativo sanitario, espressione del Progetto Mattone 11 del SSN riguardante l'attività di emergenza sanitaria territoriale e di pronto soccorso.
- Avvio della fase sperimentale ipotizzato in data 01/01/2012: ammessa la compilazione delle precedenti schede di servizio fino ad esaurimento.
- Avvio della fase sperimentale posticipato a fine gennaio/inizio febbraio: considerare la disponibilità residua di schede tradizionali.
- Obiettivo: raccogliere riscontri dall'esperienza sul campo per ottimizzare il documento (nei limiti di quanto ammesso dal Decreto Ministeriale).

[illegible]

DATA  /  /   
 SCHEDA  /

SIGLA  
AMBULANZA   
 NUMERO  
PAZIENTE

INDIRIZZO/  
TARGET \_\_\_\_\_

COMUNE/  
LOCALITÀ \_\_\_\_\_

RIFERIMENTI \_\_\_\_\_

PAZIENTE \_\_\_\_\_ TEAM

SEX ☐ M ☐ F ☐ N.C. EtÀ:  ANNI  MESI  GIORNI

DATA DI  
NASCITA  /  /

C.F.

RESIDENZA \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_

STATO ESTERO  
DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

CODICE PATOLOGIA SPECIFICA

ORARI		CODICI		CODICE PROTOCOLLO	
ALLARME	<input type="text"/> : <input type="text"/>	EVENTO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO _____
PARTENZA	<input type="text"/> : <input type="text"/>				
ARRIVO TARGET/R.V.	<input type="text"/> : <input type="text"/>	VALUTAZIONE ARRIVO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
PARTENZA TARGET/R.V.	<input type="text"/> : <input type="text"/>	VALUTAZIONE PARTENZA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU
		PATOLOGIA SECONDARIA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO _____
ARRIVO H/ALTRO	<input type="text"/> : <input type="text"/>	RILASCIO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
OPERATIVO	<input type="text"/> : <input type="text"/>	PRESTAZ. PRINCIPALE	<input type="text"/>	PRESTAZIONI SECONDARIE	<input type="text"/>
DINAMICA RISCONTRATA	<input type="text"/>	TRIAGE	<input type="text"/>		

INDIRIZZO/  
TARGET

COMUNE/  
LOCALITÀ

RIFERIMENTI

PAZIENTE

SEX ☐ M ☐ F ☐ N.C.

DATA DI  
NASCITA  /

C.F.

RESIDENZA

COMUNE

STATO ESTERO  
DI RESIDENZA

CITTADINANZA

CODICE PATOLOGIA SPECIFICA

### Campo SCHEDA:

Il numero di scheda si compone di:

- Due cifre che identificano la Centrale Operativa territoriale
- Due lettere e quattro cifre che identificano il numero di servizio
- Due cifre (dopo la barra) che identificano la missione associata al numero di servizio

*ES: MSA attivato per incidente stradale con scheda 01AA0010/01.*

*In seguito a richiesta di base in supporto, la CO provvede ad attivare un MSB assegnando a questo numero di scheda 01AA0010/02*

PARTENZA  
TARGET/R.V.

VALUTAZIONE  
PARTENZA

☐ ST ☐ BLU  
☐ A ☐ ALTRO

PATOLOGIA  
SECONDARIA

ARRIVO  
H/ALTRO

RILASCIO

OPERATIVO

PRESTAZ.  
PRINCIPALE

PRESTAZIONI  
SECONDARIE

DINAMICA  
RISCONTRATA

TRIAGE

INDIRIZZO/  
TARGET \_\_\_\_\_ COMUNE/  
LOCALITÀ \_\_\_\_\_

RIFERIMENTI \_\_\_\_\_

PAZIENTE \_\_\_\_\_

 SEX ☐ M ☐ F ☐ N.C.

 DATA DI  
NASCITA   /  

 C.F.                    

RESIDENZA \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_

 STATO ESTERO  
DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

 CODICE PATOLOGIA SPECIFICA                
**Campo NUMERO PAZIENTE:**

La compilazione del campo numero paziente è in carico al MSB. Scopo di questo campo è l'identificazione di più pazienti soccorsi nello svolgimento del medesimo servizio

*ES: MSB (esempio precedente), attivato con scheda 01AA0010/02, provvede al trasporto di due pazienti. L'equipaggio compila pertanto due fogli di servizio riportando nel campo NUMERO PAZIENTE rispettivamente 01 e 02*

ARRIVO TARGET/R.V.	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	VALUTAZIONE ARRIVO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO _____	
PARTENZA TARGET/R.V.	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	VALUTAZIONE PARTENZA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		PATOLOGIA SECONDARIA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
ARRIVO H/ALTRO	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	RILASCIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
OPERATIVO	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	PRESTAZ. PRINCIPALE	<input type="text"/> <input type="text"/>	PRESTAZIONI SECONDARIE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
DINAMICA RISCONTRATA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TRIAGE	<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"/>		

--	--	--	--	--



INDIRIZZO/  
TARGET

RIFERIMENTI

PAZIENTE

**Campo CODICE FISCALE:**

Attualmente dato marginalmente rilevante

Da tracciarsi necessariamente in caso di servizi secondari coordinati da Sistema 118  
(protocollo non attivo in provincia di Torino, ma già sperimentato nei territori di  
competenza di altre centrali provinciali)

SEX ☐ M ☐ F ☐ T.C.

ETÀ:  ANNI  MESI

DATA DI  
NASCITA  /  / 

C.F. 

RESIDENZA

COMUNE

STATO ESTERO  
DI RESIDENZA

CITTADINANZA

CODICE PATOLOGIA SPECIFICA 

ORARI	CODICI	CODICE PROTOCOLLO
ALLARME <input type="text"/> : <input type="text"/>	EVENTO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
PARTENZA <input type="text"/> : <input type="text"/>		
ARRIVO TARGET/R.V. <input type="text"/> : <input type="text"/>	VALUTAZIONE ARRIVO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
PARTENZA TARGET/R.V. <input type="text"/> : <input type="text"/>	VALUTAZIONE PARTENZA <input type="text"/>	
	PATOLOGIA SECONDARIA <input type="text"/>	
ARRIVO H/ALTRO <input type="text"/> : <input type="text"/>	RILASCIO <input type="text"/>	
OPERATIVO <input type="text"/> : <input type="text"/>	PRESTAZ. PRINCIPALE <input type="text"/>	PRESTAZIONI SECONDARIE <input type="text"/>
DINAMICA RICONTRATA <input type="text"/>	TRIAGE <input type="text"/>	



INDIRIZZO/  
TARGET

COMUNE/  
LOCALITÀ

**Campo ORARI:**

Indicare in questo campo gli orari associati alle differenti fasi dell'intervento di soccorso. Ad eccezione dell'orario di allarme, comunicato dalla CO, i successivi orari saranno estratti dal software di chiusura servizi

NASCITA  /  / 

C.F.                

RESIDENZA

COMUNE

STATO ESTERO  
DI RESIDENZA

CITTADINANZA

CODICE PATOLOGIA SPECIFICA

TRAM

ORARI		CODICI		CODICE PROTOCOLLO	
ALLARME	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	EVENTO	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
PARTENZA	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>				
ARRIVO TARGET/R.V.	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	VALUTAZIONE ARRIVO	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
PARTENZA TARGET/R.V.	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	VALUTAZIONE PARTENZA	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
		PATOLOGIA SECONDARIA	<input type="text"/> <input type="text"/>		
ARRIVO H/ALTRO	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	RILASCIO	<input type="text"/> <input type="text"/>		
OPERATIVO	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	PRESTAZ. PRINCIPALE	<input type="text"/> <input type="text"/>	PRESTAZIONI SECONDARIE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
DINAMICA RISCONTRATA	<input type="text"/> <input type="text"/>	TRAGE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		


**Campo CODICI – EVENTO:**

Riportare nel campo evento il codice comunicato dalla CO in fase di attivazione del MSB. Come in passato si compone di un colore che identifica la gravità, un numero che identifica la patologia e una lettera che identifica il luogo. Cambiano tuttavia i codici di patologia (da 10 a 17), riportati sul separatore nella tabella patologia presunta.

**Campo CODICI – ARRIVO:**

Riportare (ed eventualmente comunicare alla CO) nel campo valutazione arrivo il codice derivato dalla prima valutazione operata dall'equipaggio del MSB all'arrivo sul posto, utilizzando anche in questo caso i codici riportati sul separatore nella tabella patologia presunta

*ES: MSB attivato da CO con codice V03K.  
All'arrivo sul posto l'equipaggio riscontra una marcata difficoltà respiratoria e decide cautelativamente di alzare il codice.  
Richiede quindi alla CO supporto avanzato comunicando e riportando il codice G03K di valutazione arrivo*

/ /		SIGLA		
/		AMBULANZA		
		NUMERO		
		PAZIENTE		
COMUNE/ LOCALITÀ				
TEAM				
CODICI				
ALLARME		EVENTO		CODICE PROTOCOLLO <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
PARTENZA				
ARRIVO		VALUTAZIONE		<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
TARGET/R.V.		ARRIVO		
PARTENZA		VALUTAZIONE		<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
TARGET/R.V.		PARTENZA		
		PATOLOGIA		
		SECONDARIA		
ARRIVO		RILASCIO		
H/ALTRO				
OPERATIVO		PRESTAZ.		
		PRINCIPALE		
		SECONDARIA		
DINAMICA				
RICONTRATA		TRAGE		

01	<i>Traumatica</i>
02	<i>Cardiocircolatoria</i>
03	<i>Respiratoria</i>
04	<i>Neurologica</i>
05	<i>Psichiatrica</i>
06	<i>Neoplastica</i>
07	<i>Intossicazione</i>
08	<i>Metabolica</i>
09	<i>Gastroenterologica</i>
10	<i>Urologica</i>
11	<i>Oculistica</i>
12	<i>Otorinolaringoiatrica</i>
13	<i>Dermatologica</i>
14	<i>Ostetrico-ginecologica</i>
15	<i>Infettiva</i>
19	<i>Altra patologia</i>
20	<i>Patologia non identificata</i>

**Campo CODICI – PARTENZA:**

Terminata la valutazione e attuati i provvedimenti necessari, riportare nel campo valutazione partenza il codice assegnato al paziente:

- Mantenendo la codifica colore (gravità)
- Sostituendo al codice di patologia precedentemente utilizzato, il codice più opportuno ricavabile dalla tabella patologia riscontrata riportata sul separatore

**CONTATTARE LA CO IN PRESENZA DI QUALSIASI DUBBIO CIRCA IL CODICE DI PATOLOGIA RISCONTRATA DA ASSEGNARE**

*ES: MSB attivato con codice V12K, confermato all'arrivo. Il riscontro principale è un'epistassi di moderata entità in assenza di particolari fattori di rischio. L'equipaggio provvede quindi al trasporto del paziente in PS, comunicando alla CO e riportando su scheda il codice V122K*

COMUNE/ LOCALITÀ		
TEAM <input type="text"/>		
ORARI	CODICI	CODICE PROTOCOLLO
ALLARME <input type="text"/>	EVENTO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU
PARTENZA <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
ARRIVO TARGET/R.V. <input type="text"/>	VALUTAZIONE ARRIVO <input type="text"/>	
PARTENZA <input type="text"/>	VALUTAZIONE PARTENZA <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU
	PATOLOGIA SECONDARIA <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
ALTRO <input type="text"/>	RILASCIO <input type="text"/>	
OPERATIVO <input type="text"/>	PRESTAZ. PRINCIPALE <input type="text"/>	PRESTAZIONI SECONDARIE <input type="text"/>
DINAMICA RISCONTRATA <input type="text"/>	TRIAGE <input type="text"/>	

**Campo CODICI – PATOL. SECONDARIA:**

Compilare questo campo solo nel caso in cui sia opportuno dettagliare con maggiore precisione quanto osservato. Utilizzare anche in questo caso i codici riportati sul separatore nella tabella patologia riscontrata

*ES: MSB attivato con codice V01K, confermato all'arrivo. Il paziente riferisce una caduta accidentale che ha prodotto una sospetta lussazione della spalla e una contusione al braccio. In accordo con la CO (contattata telefonicamente per descrivere lo scenario), l'equipaggio attribuisce valutazione partenza V017K e codice 004 nel campo patologia secondaria*

COMUNE/ LOCALITÀ			
TEAM		<input type="text"/>	
ORARI	CODICI	CODICE PROTOCOLLO	
ALLARME <input type="text"/>	EVENTO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	
PARTENZA <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO	
ARRIVO <input type="text"/>	VALUTAZIONE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	
TARGET/R.V. <input type="text"/>	ARRIVO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO	
	VALUTAZIONE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	
	PARTENZA <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO	
	PATOLOGIA <input type="text"/>		
	SECONDARIA <input type="text"/>		
ARRIVO <input type="text"/>	RILASCIO <input type="text"/>		
H/ALTRO <input type="text"/>			
OPERATIVO <input type="text"/>	PRESTAZ. <input type="text"/>	PRESTAZIONI <input type="text"/>	
	PRINCIPALE <input type="text"/>	SECONDARIE <input type="text"/>	
DINAMICA <input type="text"/>	TRAGE <input type="text"/>		
RICONTRATA <input type="text"/>			

INDIRIZZO/  
TARGET \_\_\_\_\_

COMUNE/  
LOCALITÀ \_\_\_\_\_

RIFERIMENTI \_\_\_\_\_

PAZIENTE \_\_\_\_\_ TEAM 

SEX ☐ M ☐ F ☐ N.C. EtÀ:  ANNI  MESI  GIORNI 

DATA DI  
NASCITA  /  / 
**Campo CODICI – RILASCIO:**

Riportare in questo campo il codice attribuito al paziente nel momento in cui viene preso in consegna dal personale di triage, da altro mezzo o rifiuta il trasporto, utilizzando i codici riportati sul separatore nella tabella patologia riscontrata

ORARI		CODICI		CODICE PROTOCOLLO	
ALLARME	<input type="text"/> : <input type="text"/>	EVENTO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO _____
PARTENZA	<input type="text"/> : <input type="text"/>				
ARRIVO TARGET/R.V.	<input type="text"/> : <input type="text"/>	VALUTAZIONE ARRIVO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO _____
PARTENZA TARGET/R.V.	<input type="text"/> : <input type="text"/>	VALUTAZIONE PARTENZA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO _____
		PATOLOGIA SECONDARIA	<input type="text"/>		
		RILASCIO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
OPERATIVO	<input type="text"/> : <input type="text"/>	PRESTAZ. PRINCIPALE	<input type="text"/>	PRESTAZIONI SECONDARIE	<input type="text"/>
DINAMICA RISCONTRATA	<input type="text"/>	TRIAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Classe di patologia '01': Traumatica	001	<i>addome</i>
	002	<i>amputazione</i>
	003	<i>arti</i>
	004	<i>contusione</i>
	005	<i>cranio</i>
	006	<i>emorragia</i>
	007	<i>ferita</i>
	008	<i>folgorazione/elettrocuzione</i>
	009	<i>frattura</i>
	010	<i>frattura di femore</i>
	011	<i>lesione agli occhi</i>
	012	<i>lesione da freddo</i>
	013	<i>politraumatismo</i>
	014	<i>rachide</i>
	015	<i>torace</i>
	016	<i>ustione</i>
	017	<i>altra traumatica</i>
Classe di patologia '02': Cardiocircolatoria	021	<i>arresto cardiocircolatorio</i>
	022	<i>cardiopalm/aritmia</i>
	023	<i>crisi ipertensiva</i>
	024	<i>dolore toracico &lt; 2 H</i>
	024.1	<i>dolore toracico 2 - 12 H</i>
	024.2	<i>dolore toracico 12 - 24 H</i>
	024.3	<i>dolore toracico &gt; 24 H</i>
	025	<i>scompenso cardiocircolatorio</i>
	026	<i>sindrome coronarica acuta &lt; 2 H</i>
	026.1	<i>sindrome coronarica acuta 2 - 12 H</i>
	026.2	<i>sindrome coronarica acuta 12 - 24 H</i>
	026.3	<i>sindrome coronarica acuta &gt; 24 H</i>
	027	<i>altra cardiocircolatoria</i>

Classe di patologia '03': Respiratoria	031	<i>corpo estraneo</i>
	032	<i>crisi asmatica</i>
	033	<i>distress respiratorio</i>
	034	<i>immersione/sommersione</i>
	035	<i>insufficienza respiratoria cronica</i>
	036	<i>altra respiratoria</i>
Classe di patologia '04': Neurologica	041	<i>cefalea</i>
	042	<i>coma</i>
	043	<i>convulsioni</i>
	044	<i>decadimento psichico</i>
	045	<i>ictus &lt; 3 H</i>
	046	<i>ictus &gt; 3 H</i>
	047	<i>perdita di coscienza</i>
	048	<i>altra neurologica</i>
Classe di patologia '05': Psichiatrica	051	<i>agitazione psicomotoria</i>
	052	<i>tentato suicidio</i>
	053	<i>altra psichiatrica</i>
Classe di patologia '06': Neoplastica	061	<i>neoplastica</i>
Classe di patologia '07': Intossicazione	071	<i>alimenti</i>
	072	<i>farmaci</i>
	073	<i>intossicazione etilica</i>
	074	<i>ossido di carbonio</i>
	075	<i>overdose/stupefacenti</i>
	076	<i>sostanze chimiche</i>
	077	<i>altra intossicazione</i>
Classe di patologia '08': Metabolica	081	<i>iperglicemia</i>
	082	<i>ipoglicemia</i>
	083	<i>altro</i>

Classe di patologia '09': Gastroenterologica	091	<i>dolore addominale</i>
	092	<i>emorragia digestiva</i>
	093	<i>altro</i>
Classe di patologia '10': Urologia	101	<i>colica renale</i>
	102	<i>ritenzione urinaria</i>
	103	<i>altro</i>
Classe di patologia '11': Oculistica	111	<i>ferita penetrante occhio</i>
	112	<i>altro</i>
Classe di patologia '12': Otorinolaringoiatrica	121	<i>corpo estraneo</i>
	122	<i>epistassi</i>
	123	<i>altro</i>
Classe di patologia '13': Dermatologica	131	<i>parassitosi</i>
	132	<i>allergia reazione orticaloide</i>
	133	<i>altro</i>
Classe di patologia '14': Ostetrico-ginecologica	141	<i>metrorragia</i>
	142	<i>minaccia aborto</i>
	143	<i>parto</i>
	144	<i>altro</i>
Classe di patologia '15': Infettiva	151	<i>stato febbrile</i>
	152	<i>altro</i>
Classe di patologia '19': Altra Patologia	191	<i>NBCR (catastrofe o emergenza nucleare, batteriologica, chimica o radioattiva)</i>
	192	<i>stato febbrile</i>
	193	<i>allergia-laringospasmo</i>
	194	<i>allergia-shock anafilattico</i>
	195	<i>altra patologia</i>
Classe di patologia '20': Patologia non identificata	201	<i>patologia non identificata</i>

INDIRIZZO/  
TARGET

COMUNE/  
LOCALITÀ

**Campo CODICE PROTOCOLLO:**

Barrare la casella relativa (nel gruppo superiore in caso di comunicazione dalla CO in fase di allarme o nel gruppo inferiore in caso di riscontro durante il soccorso, segnalando inoltre la fase di attivazione del protocollo – arrivo/partenza/rilascio) in presenza di servizio associato a esistenti o futuri protocolli specifici quali:

*ST: stroke (percorso ictus)*

*BLU: percorso DAE*

*A: percorso allergia*

*ALTRO: eventuali futuri protocolli*

CITTADINANZA

CODICE PATOLOGIA SPECIFICA

TEAM

ORARI

ALLARME	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARTENZA	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CODICI

EVENTO	<input type="text"/>
--------	----------------------

CODICE PROTOCOLLO

<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> BLU
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> ALTRO

VALUTAZIONE  
PARTENZA

PATOLOGIA  
SECONDARIA

RILASCIO

PRESTAZ.  
PRINCIPALE

PRESTAZIONI  
SECONDARIE

DINAMICA  
RISCONTRATA

TRIAGE



INDIRIZZO/  
TARGET

COMUNE/  
LOCALITÀ

**Campo PRESTAZIONE:**

Riportare nei campi prestazione principale e prestazione secondaria i codici relativi ai provvedimenti attuati durante l'assistenza alla persona e ricavabili dalla relativa tabella riportata sul separatore

*ES: MSB attivato con codice V01S per caduta accidentale, confermato all'arrivo. L'equipaggio provvede cautelativamente all'immobilizzazione su spinale. Riporta quindi su scheda, ad esempio, i codici di prestazione 41 (immobilizzazione colonna con tavola spinale) per la prestazione principale, 38 (immobilizzazione colonna con collare cervicale), 09 (controllo saturazione O2) e 51 (prevenzione ipotermia) per le prestazioni secondarie*

CODICE PATOLOGIA SPECIFICA

TEAM

ORARI		CODICI		CODICE PROTOCOLLO	
ALLARME	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	EVENTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
PARTENZA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
ARRIVO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	VALUTAZIONE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
TARGET/R.V.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ARRIVO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
PARTENZA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	VALUTAZIONE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
TARGET/R.V.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PARTENZA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		PATOLOGIA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		SECONDARIA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		RILASCIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
OPERATIVO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PRESTAZ. PRINCIPALE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PRESTAZIONI SECONDARIE	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
DINAMICA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TRIAGE	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
RICONTRATA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

03	Aspirazione secreti
04	Bendaggio arti
07	Clampaggio e taglio cordone ombelicale dopo il parto
09	Controllo saturazione O2
10	Controllo emorragia esterna
11	Controllo pneumotorace (pnx) aperto
14	Defibrillazione semiautomatica
15	Determinazione CO ambientale
16	Disostruzione vie aeree
23	Elettrocardiogramma
27	Estricazione di incastrati
30	Gestione paziente in agitazione psicomotoria
31	Gestione paziente in agitazione psicomotoria (in crisi)
32	Glicemia su sangue capillare
37	Immobilizzazione arti
38	Immobilizzazione colonna con collare cervicale
39	Immobilizzazione colonna con estricatore
41	Immobilizzazione colonna con tavola spinale
45	Massaggio cardiaco esterno a torace chiuso
47	Medicazioni varie
48	Monitoraggio della pressione arteriosa sistemica
51	Prevenzione ipotermia
55	Rianimazione cardiopolmonare di base
65	Somministrazione ossigeno
66	Supporto psicologico al paziente
73	Ventilazione con pallone autoespansibile

INDIRIZZO/  
TARGET

COMUNE/  
LOCALITÀ

**Campo DINAMICA RISCONTRATA:**

In caso di evento traumatico, riportare nei campi la dinamica riscontrata facendo riferimento alla relativa tabella riportata sul separatore

*ES: soccorso prestato al conducente di un autoveicolo coinvolto in un incidente stradale con intervento dei VVF per permettere l'accesso all'abitacolo.  
L'equipaggio riporta i codici 06 (incidente auto) e 05 (incastrato)*

COMUNE

STATO ESTERO  
DI RESIDENZA

CITTADINANZA

CODICE PATOLOGIA SPECIFICA

TEAM

ORARI		CODICI		CODICE PROTOCOLLO	
ALLARME	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	EVENTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
PARTENZA	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>				
ARRIVO TARGET/R.V.	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	VALUTAZIONE ARRIVO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
PARTENZA TARGET/R.V.	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	VALUTAZIONE PARTENZA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO
		PATOLOGIA SECONDARIA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
ARRIVO H/ALTRO	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	RILASCIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
OPERATIVO	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	PRESTAZ. PRINCIPALE	<input type="text"/> <input type="text"/>	PRESTAZIONI SECONDARIE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
DINAMICA RISCONTRATA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TRAGGE	<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"/>		

01	<i>aggressione</i>
02	<i>arma bianca</i>
03	<i>arma da fuoco</i>
04	<i>esplosione</i>
05	<i>incastrato</i>
06	<i>incidente auto</i>
07	<i>incidente bicicletta</i>
08	<i>incidente mezzo pesante</i>
09	<i>incidente moto</i>
10	<i>incidente pedone</i>
11	<i>incendio</i>
12	<i>morso di animale</i>
13	<i>precipitato &lt; 3 mt</i>
14	<i>precipitato &gt; 3 mt</i>
15	<i>proiettato</i>
16	<i>soccorso a persona</i>
17	<i>tuffo/immersione</i>
18	<i>violenza sessuale</i>
19	<i>altra dinamica</i>
20	<i>non definita</i>

INDIRIZZO/  
TARGET \_\_\_\_\_

COMUNE/  
LOCALITÀ \_\_\_\_\_

RIFERIMENTI \_\_\_\_\_

PAZIENTE \_\_\_\_\_ TEAM 

SEX ☐ M ☐ F ☐ N.C.      Et :  ANNI  MESI  GIORNI 

DATA DI  
NASCITA  /  / 

C.F. 

RESIDENZA \_\_\_\_\_

**Campo TRIAGE:**

Numero progressivo assegnato dal PS di  
destinazione al paziente (da compilare  
allineando a destra)

CODICE PATOLOGIA SPECIFICA 

ORARI		CODICI		CODICE PROTOCOLLO	
ALLARME	<input type="text"/> : <input type="text"/>	EVENTO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO _____
PARTENZA	<input type="text"/> : <input type="text"/>				
ARRIVO TARGET/R.V.	<input type="text"/> : <input type="text"/>	VALUTAZIONE ARRIVO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
PARTENZA TARGET/R.V.	<input type="text"/> : <input type="text"/>	VALUTAZIONE PARTENZA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU
		PATOLOGIA SECONDARIA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO _____
ARRIVO H/ALTRO	<input type="text"/> : <input type="text"/>	RILASCIO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="text"/> : <input type="text"/>	PRESTAZ. PRINCIPALE	<input type="text"/>	PRESTAZIONI SECONDARIE	<input type="text"/>
DINAMICA RISCONTRATA	<input type="text"/>	TRIAGE	<input type="text"/>		



COMUNE/  
LOCALITÀ

## EXPERIMENTAL

## PAZIENTE

TEAM

ETÀ:  ANNI  MESI  GIORNI[illegible]**RESIDENCE**

COMUNE

STATO ESTERO  
DI RESIDENZA

CITTADINANZA\_

**CODICE PATOLOGIA SPECIFICA**

ORARI		CODICI		CODICE PROTOCOLLO	
ALLARME	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	EVENTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> BLU	
PARTENZA	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ALTRO	
ARRIVO	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	VALUTAZIONE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="radio"/>
TARGET/R.V.	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	ARRIVO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="radio"/>
PARTENZA	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	VALUTAZIONE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="radio"/>
TARGET/R.V.	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>				
ARRIVO	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>				
H/ALTRO	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>				
Q	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>				
DINAMICA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
RISCONTRATA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
TRIAGE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

Numero identificativo del paziente qualora inserito in database regionali di patologia specifica (es. Rete Allergologica). Da compilare allineando le cifre a destra

VALUTAZIONE	A	NO ALTERAZ.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Ostruzione vie aeree																				
	B	NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> Arresto respiratorio <input type="checkbox"/> FR rallentata <input 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"/>																				
	C	NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Cuti           <div style="margin-left: 5px;"> <p>pallida</p> <p>cianotica</p> <p>calda</p> <p>fredda</p> <p>sudata</p> </div> </div> <input type="checkbox"/> Emorragia esterna Polso periferico assente      Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Polso           <div style="margin-left: 5px;"> <p>centrale assente</p> <p>bradicardia</p> <p>tachicardia</p> </div> </div>																				
	D	NO ALTERAZIONI	<div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">PERCORSO ICTUS</div> 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 <div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">PUPILLE</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Diametro uguale           <div style="margin-left: 5px;"> <p>normale</p> <p>piccolo</p> <p>grande</p> </div> </div> Anisocoria ↑      Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>																				
	E	NO ALTERAZIONI	<div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">TRAUMA</div> <input type="checkbox"/> Amputazione <input type="checkbox"/> Subamputazione <input type="checkbox"/> Schiacciamento <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> Penetrante <div style="margin-left: 5px;"> <p>taglio</p> <p>punta</p> <p>arma fuoco</p> <p>corpo estraneo</p> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Ustione           <div style="margin-left: 5px;"> <p>1° <input type="radio"/> 2° <input type="radio"/> 3° <input type="radio"/></p> <p>BSA %    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> </div> </div> <input type="checkbox"/> Riferito violenza sessuale <input type="checkbox"/> Riferito atto violento																				
	<div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">ECG</div> 1° ECG <input type="text"/> <input type="text"/> : <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"/>																						
	ANAMNESI	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">         Allergie    No <input type="radio"/> _____          Medicinali    No <input type="radio"/> _____          Patologie    No <input type="radio"/> _____          Pasto    No <input type="radio"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>          _____          Evento _____       </div>																					
	<div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">SEDE</div> <input type="checkbox"/> Volto Cranio      Dx <input 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																						
	<div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2" style="color: red; font-weight: bold;">SUPERIORE</th> <th colspan="2" style="color: red; font-weight: bold;">INFERIORE</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Dx</th> <th>Sx</th> <th>Dx</th> <th>Sx</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">MOTILITÀ</td> <td>Si <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No <input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>				SUPERIORE		INFERIORE			Dx	Sx	Dx	Sx	MOTILITÀ	Si <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SUPERIORE		INFERIORE																				
	Dx	Sx	Dx	Sx																			
MOTILITÀ	Si <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																			
	No <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																			
	<div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">VALUTAZIONE DOLORE</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>NRS</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> </div> <div> <p>PRS</p> <p>1 2-3 4-5 6-7 8-9 10</p> </div> </div>																						
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red;">NON NECESSITA TRATTAMENTO</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red;">SUPPORTO PSICOLOGICO</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red;">RICHIESTA SP</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red;">RICHIESTA SUP</div> </div>																							

<b>VALUTAZIONE</b>	<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 type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> taglio <input type="checkbox"/> punta <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> arma fuoco <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 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"/> Arresto respiratorio <input type="checkbox"/> FR rallentata <input 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"/> Isocoria <input type="checkbox"/> Anisocoria		<input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI		<input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	
	<input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> Cuti calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> Emorragia esterna Polso periferico assente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> centrale assente <input type="checkbox"/> bradicardia <input type="checkbox"/> tachicardia		<input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI		<input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI		<input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	
	<input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI		<input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI		<input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI		<input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	

**Campo VALUTAZIONE AIRWAYS (VIE AEREE):**  
 Valutazione del livello di coscienza e della pervietà delle vie aeree

*A: ALERT (il paziente è vigile)*  
*V: VOCAL (il paziente risponde se chiamato)*  
*P: PAIN (il paziente reagisce a fronte di uno stimolo doloroso)*  
*U: UNRESPONSIVE (il paziente non risponde allo stimolo vocale o doloroso)*

**OSTRUZIONE VIE AEREE**

*In caso di paziente A e in assenza di ostruzione vie aeree, barrare la voce NO ALTERAZIONI*

☐ NON NECESSITA TRATTAMENTO

☐ SUPPORTO PSICOLOGICO

☐ RICHIESTA SP

☐ RICHIESTA SUP



<b>VALUTAZIONE</b>	<b>A</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	<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 type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> taglio <input type="checkbox"/> punta <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> arma fuoco <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 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
	<b>B</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> Arresto respiratorio <input type="checkbox"/> FR rallentata <input 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"/> metro uguale <input type="checkbox"/> piccolo <input type="checkbox"/> grande	<b>E</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	
	<b>C</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> Cute calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> Emorragia esterna Polso periferico assente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> centrale assente <input type="checkbox"/> bradicardia <input type="checkbox"/> tachicardia			
					<b>LE ARTI</b> <b>RIORE</b> Sx <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <b>RE</b> <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10

**Campo VALUTAZIONE BREATHING (ATTIVITA' RESPIRATORIA):**  
 Valutazione dell'attività respiratoria e di potenziali criticità associate

*ARRESTO RESPIRATORIO*  
*FR (frequenza respiratoria) RALLENTATA*  
*FR (frequenza respiratoria) FREQUENTE*  
*RUMORI RESPIRATORI anomali chiaramente udibili senza impiegare presidi*  
*LESIONI EVIDENTI del torace, localizzate a DX (destra) o SX (sinistra)*  
*ASIMMETRIA TORACICA osservabile durante l'espansione prodotta in inspirazione*

*In assenza di tutti questi riscontri, barrare NO ALTERAZIONI*

☐ NON NECESSITA TRATTAMENTO

☐ SUPPORTO PSICOLOGICO

☐ RICHIESTA SP

☐ RICHIESTA SUP

<b>VALUTAZIONE</b>	<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>	<input type="checkbox"/> Amputazione	<b>TRAUMA</b>	<input type="checkbox"/> Volto	<b>SEDE</b>															
	<input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI <b>A</b>	<b>Campo VALUTAZIONE CIRCULATION:</b> Valutazione del circolo (cute, emorragie, polso)  <i>ARRESTO CARDIACO</i> <i>CUTE PALLIDA / CIANOTICA / CALDA / FREDDA / SUDATA</i> <i>EMORRAGIA ESTERNA</i> <i>POLSO PERIFERICO ASSENTE (specificare il lato)</i> <i>POLSO CENTRALE ASSENTE (= arresto cardiaco) / BRADICARDIA / TACHICARDIA</i>  <i>In assenza di tutti questi riscontri, barrare NO ALTERAZIONI</i>					<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>														
	<input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI <b>B</b>						<input type="checkbox"/> Arresto respiratorio <input type="checkbox"/> FR rallentata <input type="checkbox"/> FR frequente <input type="checkbox"/> Rumori respiratori Lesioni evidenti Dx _____ Asimmetria toracica Dx _____	<input type="checkbox"/> Riferito atto violento <input type="checkbox"/> Bacino <input type="checkbox"/> Perineo													
	<input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI <b>C</b>	<input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> CUTE calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> Emorragia esterna Polso periferico assente Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Polso centrale assente <input type="checkbox"/> bradicardia <input type="checkbox"/> tachicardia	<b>ECG</b> 1° ECG <input type="text"/> <input type="text"/> : <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>ANAMNESI</b> Allergie No <input type="radio"/> _____ Medicinali No <input type="radio"/> _____ Patologie No <input type="radio"/> _____ Pasto No <input type="radio"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Evento _____	<b>VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2" style="color: red;">SUPERIORE</th> <th colspan="2" style="color: red;">INFERIORE</th> </tr> <tr> <th>Dx</th> <th>Sx</th> <th>Dx</th> <th>Sx</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">MOTILITÀ</td> <td>Si</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		SUPERIORE		INFERIORE		Dx	Sx	Dx	Sx	MOTILITÀ	Si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SUPERIORE		INFERIORE																		
	Dx	Sx	Dx	Sx																	
MOTILITÀ	Si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
	No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																	
	<b>VALUTAZIONE DOLORE</b> NRS <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 PRS <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2-3 <input type="radio"/> 4-5 <input type="radio"/> 6-7 <input type="radio"/> 8-9 <input type="radio"/> 10																				

☐ NON NECESSITA TRATTAMENTO

☐ SUPPORTO PSICOLOGICO

☐ RICHIESTA SP

☐ RICHIESTA SUP

<b>VALUTAZIONE</b>	<b>A</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZ.	<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 type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> taglio <input type="checkbox"/> punta <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> arma fuoco <input type="checkbox"/> corpo estraneo <input type="checkbox"/> Ustione 1° <input type="radio"/> 2° <input type="radio"/> 3° <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 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 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	
	<b>B</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> Arresto respiratorio <input type="checkbox"/> FR rallentata <input 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"/> grande <input type="checkbox"/> Anisocoria	<b>E</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI		
	<b>C</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> Cuti calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> Emorragia esterna Polso periferico assente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> centrale assente <input type="checkbox"/> bradicardia <input type="checkbox"/> tachicardia				
			Pasto <input type="radio"/> No <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Evento.....			PRS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2-3 4-5 6-7 8-9 10

**Campo PERCORSO ICTUS:**  
 Componente della valutazione neurologica (DISABILITY)

*DEVIATIONE DELLA BOCCA (es. chiedere al paziente di digrignare i denti ed osservare eventuali asimmetrie della bocca, specificando il lato che presenta deviazione)*

*DEBOLEZZA DEGLI ARTI (es. chiedere al paziente di stringere tra le sue mani le dita del soccorritore e osservare eventuali differenze nella forza specificando il lato più debole)*

*ALTERAZIONI DEL LINGUAGGIO*

☐ NON NECESSITA TRATTAMENTO

☐ SUPPORTO PSICOLOGICO

☐ RICHIESTA SP

☐ RICHIESTA SUP



<b>VALUTAZIONE</b>	<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 type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> taglio <input type="checkbox"/> punta <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> arma fuoco <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 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 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"/> grande Anisocoria ↑ Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>		<b>ECG</b> 1° ECG <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Trasmissione ECG No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> Dispositivi intracardiaci No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/>		<b>VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SUPERIORE</th> <th>INFERIORE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sx <input type="radio"/></td> <td>Sx <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		SUPERIORE	INFERIORE	Sx <input type="radio"/>	Sx <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SUPERIORE	INFERIORE																												
	Sx <input type="radio"/>	Sx <input type="radio"/>																												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> Cuti calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> Emorragia esterna Polso periferico assente <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> piccolo <input type="checkbox"/> grande Anisocoria ↑ Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>		<b>ECG</b> 1° ECG <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Trasmissione ECG No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> Dispositivi intracardiaci No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/>		<b>VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SUPERIORE</th> <th>INFERIORE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sx <input type="radio"/></td> <td>Sx <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		SUPERIORE	INFERIORE	Sx <input type="radio"/>	Sx <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SUPERIORE	INFERIORE																													
Sx <input type="radio"/>	Sx <input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> Cuti calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> Emorragia esterna Polso periferico assente <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> piccolo <input type="checkbox"/> grande Anisocoria ↑ Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>		<b>ECG</b> 1° ECG <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Trasmissione ECG No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> Dispositivi intracardiaci No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/>		<b>VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SUPERIORE</th> <th>INFERIORE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sx <input type="radio"/></td> <td>Sx <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		SUPERIORE	INFERIORE	Sx <input type="radio"/>	Sx <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SUPERIORE	INFERIORE																													
Sx <input type="radio"/>	Sx <input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													

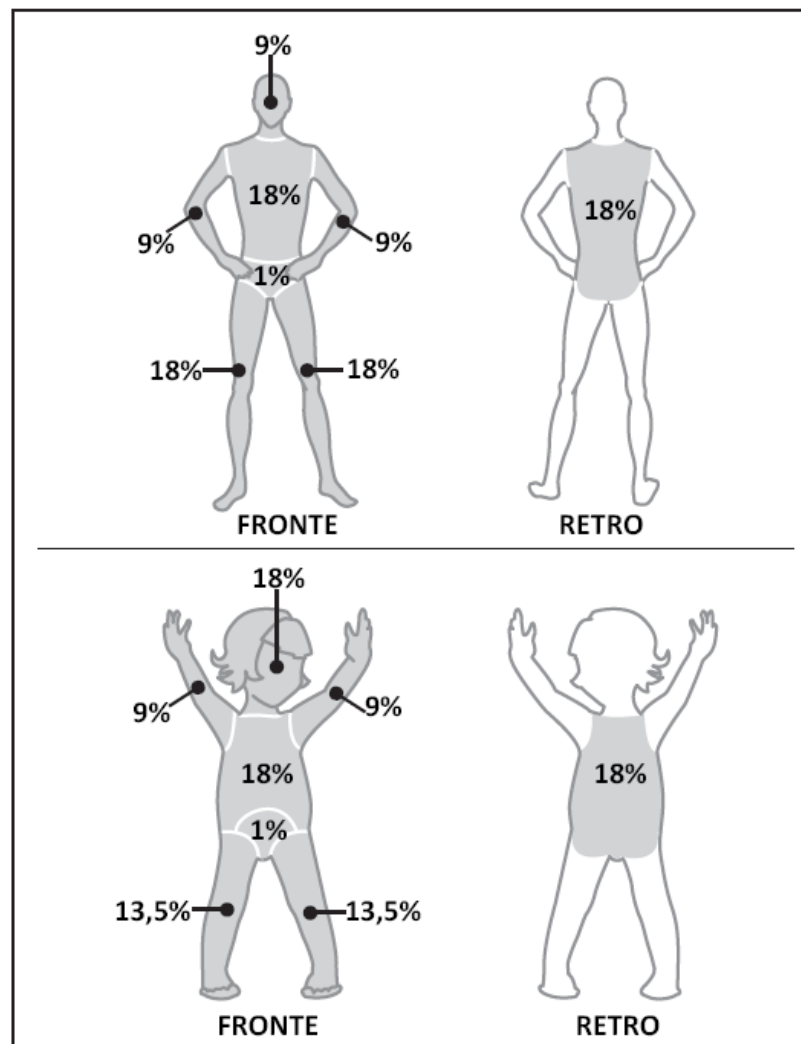
**Campo TRAUMA:**  
 Valutazione di segni o indicazioni di trauma (EXPOSURE)

*Integrare il campo ustione con il grado della lesione e la percentuale di BSA – BURNED SURFACE AREA (estensione percentuale dell'ustione rispetto alla superficie corporea), ricavabile dallo schema riportato sul separatore per il paziente adulto e il paziente pediatrico*

*In assenza di tutti i riscontri riportati nel campo trauma, barrare NO ALTERAZIONI*

<input type="checkbox"/> NON NECESSITA TRATTAMENTO	<input type="checkbox"/> SUPPORTO PSICOLOGICO	<input type="checkbox"/> RICHIESTA SP	<input type="checkbox"/> RICHIESTA SUP
--	---	---------------------------------------	--

BSA%



CROCE VERDE TORINO 2007



VOLONTARI DA CENT'ANNI

<b>VALUTAZIONE</b>	<b>A</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZ.	<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 type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> taglio <input type="checkbox"/> punta <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> arma fuoco <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 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							
	<b>B</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> Arresto respiratorio <input type="checkbox"/> FR rallentata <input 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"/> Diametro uguale normale <input type="checkbox"/> piccolo <input type="checkbox"/> grande Anisocoria ↑ Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>	<b>E</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	<b>ECG</b> 1° ECG <input type="text"/> <input type="text"/> : <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>MOVIMENTO FUNZIONALE ARTI</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SUPERIORE</th> <th>INFERIORE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sx</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>	SUPERIORE	INFERIORE	Sx	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SUPERIORE	INFERIORE										
	Sx	<input type="radio"/>										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
<b>C</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> Cute calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> Emorragia esterna Polso periferico assente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> centrale assente <input type="checkbox"/> Polso bradicardia <input type="checkbox"/> tachicardia											
		Pasto No <input type="radio"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Evento.....	NRS <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 PRS <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2-3 <input type="radio"/> 4-5 <input type="radio"/> 6-7 <input type="radio"/> 8-9 <input type="radio"/> 10									

**Campo SEDE:**  
 Riportare la sede della lesione traumatica. I segmenti anatomici riportati sono utilizzabili tanto per l'apparato cutaneo, quanto per l'apparato scheletrico e per l'apparato muscolare

☐ NON NECESSITA TRATTAMENTO

☐ SUPPORTO PSICOLOGICO

☐ RICHIESTA SP

☐ RICHIESTA SUP



<b>NO ALTERAZ.</b> <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 type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> Integrale taglio	<b>SEDE</b> <input type="checkbox"/> Volto Cranio   Dx <input 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																								
<b>VALUTAZIONE</b> <b>A</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI <input type="checkbox"/> Arresto respiratorio	<b>Campo VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI:</b> Verificare se, in caso di trauma, il paziente ha conservato la capacità di movimento degli arti superiori ed inferiori.																										
<b>C</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI Asimmetria toracica   Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> Cuti calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> Emorragia esterna Polso periferico assente   Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> centrale assente <input type="checkbox"/> Polso bradicardia <input type="checkbox"/> tachicardia	<b>ALTERAZIONI</b> <input type="checkbox"/> Diam grande Anisocoria ↑   Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Riferito atto v	<b>ALTERAZIONI</b> <input type="checkbox"/> Riferito atto v	<b>VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">SUPERIORE</th> <th colspan="2">INFERIORE</th> </tr> <tr> <th>Dx</th> <th>Sx</th> <th>Dx</th> <th>Sx</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MOTILITÀ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		SUPERIORE		INFERIORE		Dx	Sx	Dx	Sx	MOTILITÀ					Si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SUPERIORE		INFERIORE																								
	Dx	Sx	Dx	Sx																							
MOTILITÀ																											
Si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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>ANAMNESI</b> Allergie   No <input type="radio"/> Medicinali   No <input type="radio"/> Patologie   No <input type="radio"/> Pasto   No <input type="radio"/> : <input type="text"/> Evento.....																											
<b>VALUTAZIONE DOLORE</b> NRS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 PRS 1 2-3 4-5 6-7 8-9 10																											
<input type="checkbox"/> NON NECESSITA TRATTAMENTO <input type="checkbox"/> SUPPORTO PSICOLOGICO <input type="checkbox"/> RICHIESTA SP <input type="checkbox"/> RICHIESTA SUP																											



NO ALTERAZ. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U	<b>PERCORSO ICTUS</b> Deviazione bocca   Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>	<b>TRAUMA</b> <input type="checkbox"/> Amputazione <input type="checkbox"/> Subamputazione	<b>SEDE</b> <input type="checkbox"/> Volto Cranio                      Dx <input 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																							
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>Campo VALUTAZIONE DOLORE:</b>          Stima della sensazione di dolore sperimentata dalla persona soccorsa   <i>NRS (NUMERICAL RATING SCALE) per l'adulto: chiedere al paziente che valore attribuirebbe al dolore percepito in una scala da 1 a 10</i>  <i>PRS (HAPPY FACE PAIN RATING SCALE) per il bambino: associare il simbolo maggiormente rappresentativo dell'espressione del bambino soccorso</i> </div>																										
<b>VALUTAZIONE</b>	Asimmetria toracica   Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>  <input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> Cute calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> Emorragia esterna Polso periferico assente   Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> centrale assente <input type="checkbox"/> Polso bradicardia <input type="checkbox"/> tachicardia	<input type="checkbox"/> Diam grande Anisocoria ↑   Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>  <div style="text-align: center; color: red;"> <b>ECG</b>          1° ECG   <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>   Trasmissione ECG          Dispositivi intracardiaci   No <input type="radio"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ANAMNESI</b>          Allergie   No <input type="radio"/>          Medicinali   No <input type="radio"/>          Patologie   No <input type="radio"/>          Pasto   No <input type="radio"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>          Evento.....       </div>	<div style="text-align: center; color: red;"> <b>VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI</b> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2" style="color: red;">SUPERIORE</th> <th colspan="2" style="color: red;">INFERIORE</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Dx</th> <th>Sx</th> <th>Dx</th> <th>Sx</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">MOTILITÀ</td> <td>Sì</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center; color: red;"> <b>VALUTAZIONE DOLORE</b> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>NRS</b>  <input type="radio"/> 1   <input type="radio"/> 2   <input type="radio"/> 3   <input type="radio"/> 4   <input type="radio"/> 5   <input type="radio"/> 6   <input type="radio"/> 7   <input type="radio"/> 8   <input type="radio"/> 9   <input type="radio"/> 10         </div> <div> <b>PRS</b>  <input type="radio"/> 1   <input type="radio"/> 2-3   <input type="radio"/> 4-5   <input type="radio"/> 6-7   <input type="radio"/> 8-9   <input type="radio"/> 10         </div> </div> </div>		SUPERIORE		INFERIORE			Dx	Sx	Dx	Sx	MOTILITÀ	Sì	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	SUPERIORE		INFERIORE																							
	Dx	Sx	Dx	Sx																						
MOTILITÀ	Sì	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
	No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> NON NECESSITA TRATTAMENTO</div> <div><input type="checkbox"/> SUPPORTO PSICOLOGICO</div> <div><input type="checkbox"/> RICHIESTA SP</div> <div><input type="checkbox"/> RICHIESTA SUP</div> </div>																										

VALUTAZIONE		PERCORSO ICTUS		TRAUMA		SEDE	
A	NO ALTERAZ.	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> U		
		<input type="checkbox"/> Ostruzione vie aeree					
	B	NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> Arresto respiratorio <input type="checkbox"/> FR rallentata <input type="checkbox"/> FR frequente <input type="checkbox"/> Rumori respiratori				
		Lesioni evidenti		Dx	Sx		
		Asimmetria toracica		Dx	Sx		
C	NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> cute calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> Emorragia esterna <input type="checkbox"/> Polso periferico assente					
		Dx		Sx			
		centrale assente					
		bradicardia					
		tachicardia					
		ECG					
		1° ECG		Trasmissione ECG		No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/>	
				Dispositivi intracardiaci		No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/>	
ANAMNESI		<input type="checkbox"/> Allergie No <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Medicinali No <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Patologie No <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Pasto No <input type="radio"/> : <input type="radio"/> : <input type="radio"/> : <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Evento					
		VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI					
		MOTILITÀ		SUPERIORE		INFERIORE	
				Dx	Sx	Dx	Sx
				Sì	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		VALUTAZIONE DOLORE					
		NRS					
		<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10					
		PRS					
		<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2-3 <input type="radio"/> 4-5 <input type="radio"/> 6-7 <input type="radio"/> 8-9 <input type="radio"/> 10					
		NON NECESSITA TRATTAMENTO		SUPPORTO PSICOLOGICO		RICHIESTA SP	
		RICHIESTA SUP		RICHIESTA SUP		RICHIESTA SUP	

VALUTAZIONE	NO ALTERAZ.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U	PERCORSO ICTUS	TRAUMA	SEDE																		
			Deviazione bocca Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Amputazione <input type="checkbox"/> Subamputazione	<input type="checkbox"/> Volto Cranio Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Inf <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>																		
<b>Campo ANAMNESI:</b> Valutazione del paziente secondo lo schema (S)AMPLE  <i>ALLERGIE: barrare NO in assenza di allergie, elencare le allergie riferite in caso contrario</i> <i>MEDICINALI: barrare NO in assenza di terapie farmacologiche in atto, elencare in caso contrario</i> <i>PATOLOGIE: barrare NO in assenza di patologie note in atto/pregresse, elencare in caso contrario</i> <i>PASTO: barrare NO in assenza di pasti nelle ultime 8 ore (6 ore per il bambino sotto i 6 anni), indicare in caso contrario l'orario o la non rilevabilità del dato</i> <i>EVENTO: descrivere l'attività che il paziente stava svolgendo alla presentazione del problema (es. "sotto sforzo" per un dolore toracico)</i>																							
VALUTAZIONE	NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> cute calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> Emorragia esterna Polso periferico assente Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> centrale assente <input type="checkbox"/> bradicardia <input type="checkbox"/> tachicardia	ANAMNESI	ECG	VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI																		
			Allergie No <input type="radio"/> Medicinali No <input type="radio"/> Patologie No <input type="radio"/> Pasto No <input type="radio"/> : <input type="radio"/> Evento.....	1° ECG <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Trasmissione No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> Dispositivi Intracardiaci No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">MOTILITÀ</th> <th colspan="2">SUPERIORE</th> <th colspan="2">INFERIORE</th> </tr> <tr> <th>Dx</th> <th>Sx</th> <th>Dx</th> <th>Sx</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sì</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>	MOTILITÀ	SUPERIORE		INFERIORE		Dx	Sx	Dx	Sx	Sì	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MOTILITÀ	SUPERIORE		INFERIORE																				
	Dx	Sx	Dx	Sx																			
Sì	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																			
No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																			
				VALUTAZIONE DOLORE																			
				NRS <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 PRS <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2-3 <input type="radio"/> 4-5 <input type="radio"/> 6-7 <input type="radio"/> 8-9 <input type="radio"/> 10																			
<input type="checkbox"/> NON NECESSITA TRATTAMENTO		<input type="checkbox"/> SUPPORTO PSICOLOGICO		<input type="checkbox"/> RICHIESTA SP																			
				<input type="checkbox"/> RICHIESTA SUP																			

<b>VALUTAZIONE</b>	<b>A</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZ.	<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="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Debolezza arti Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> <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 type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> taglio <input type="checkbox"/> punta <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> arma fuoco <input type="checkbox"/> corpo estraneo <input type="checkbox"/> Ustione 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> BSA % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Riferito violenza sessuale <input type="checkbox"/> Riferito atto violento	<b>SEDE</b> <input type="checkbox"/> Volto Cranio Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Torace Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Addome Sup <input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/> Dorso Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Regione Lombare Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Regione Glutea Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Braccio Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Avambraccio Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Mano Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Coscia Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Gamba Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Piede Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dita <input type="checkbox"/> Bacino <input type="checkbox"/> Perineo																	
	<b>B</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> Arresto respiratorio <input type="checkbox"/> FR rallentata <input type="checkbox"/> FR frequente <input type="checkbox"/> Rumori respiratori Lesioni evidenti Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Asimmetria toracica Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/>	<b>PUPILLE</b> <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> piccolo <input type="checkbox"/> grande Anisocoria ↑ Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/>	<b>E</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	<b>ECG</b> 1° ECG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trasmissione ECG No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Dispositivi intracardiaci No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	<b>VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SUPERIORE</th> <th colspan="2">INFERIORE</th> </tr> <tr> <th>Dx</th> <th>Sx</th> <th>Dx</th> <th>Sx</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	SUPERIORE		INFERIORE		Dx	Sx	Dx	Sx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SUPERIORE						INFERIORE															
	Dx	Sx	Dx	Sx																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<b>C</b> <input type="checkbox"/> NO ALTERAZIONI	<input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> Cute calda <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> Emorragia e Polso periferico <input type="checkbox"/> centrale assente <input type="checkbox"/> bradicardia <input type="checkbox"/> tachicardia	Evento.....	<b>NE DOLORE</b> NRS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 PRS 1 2-3 4-5 6-7 8-9 10																			
<b>NON NECESSITA TRATTAMENTO:</b> <b>NON COMPILARE QUESTO CAMPO</b> Anche in caso di paziente non trovato, falso allarme o allontanamento del paziente senza fornire generalità (dettagliare nel campo note la situazione riscontrata)																						

☐ NON NECESSITA TRATTAMENTO

☐ SUPPORTO PSICOLOGICO

☐ RICHIESTA SP

☐ RICHIESTA SUP

<b>VALUTAZIONE</b>	<b>A</b>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Ostruzione vie aeree	<b>D</b>	<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>E</b>	<b>TRAUMA</b> <input type="checkbox"/> Amputazione <input type="checkbox"/> Subamputazione <input type="checkbox"/> Schiacciamento <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Chiuso <input type="checkbox"/> taglio <input type="checkbox"/> punta <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> arma fuoco <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 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																	
	<b>B</b>	<input type="checkbox"/> Arresto respiratorio <input type="checkbox"/> FR rallentata <input 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"/>  <input type="checkbox"/> Arresto cardiaco <input type="checkbox"/> pallida	<b>PUPILLE</b>	<input type="checkbox"/> Diametro uguale normale <input type="checkbox"/> piccolo <input type="checkbox"/> grande Anisocoria ↑        Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/>	<b>ECG</b>																			
	<b>Campo SUPPORTO PSICOLOGICO / RICHIESTA SP / RICHIESTA SUP:</b>  <i>SUPPORTO PSICOLOGICO: di fatto da compilare in ogni intervento su paziente cosciente</i> <i>RICHIESTA SP: richiesta di intervento psicologo (ora integrato in sistema 118)</i> <i>RICHIESTA SUP: richiesta di intervento Soccorso Urgente Psichiatrico</i>																							
<b>AN</b>	Polso periferico assente    Dx <input type="radio"/> Sx <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> centrale assente <input type="checkbox"/> bradicardia <input type="checkbox"/> tachicardia	Pasto        No <input type="radio"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  Evento.....	<b>VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">SUPERIORE</th> <th colspan="2">INFERIORE</th> </tr> <tr> <th>Dx</th> <th>Sx</th> <th>Dx</th> <th>Sx</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><b>MOTILITÀ</b></td> <td>Si</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <b>VALUTAZIONE DOLORE</b> NRS <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 PRS <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2-3 <input type="radio"/> 4-5 <input type="radio"/> 6-7 <input type="radio"/> 8-9 <input type="radio"/> 10					SUPERIORE		INFERIORE		Dx	Sx	Dx	Sx	<b>MOTILITÀ</b>	Si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SUPERIORE		INFERIORE																					
	Dx	Sx	Dx	Sx																				
<b>MOTILITÀ</b>	Si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
	No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 2px;"> <input type="checkbox"/> NON NECESSITA TRATTAMENTO         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 2px;"> <input type="checkbox"/> SUPPORTO PSICOLOGICO         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 2px;"> <input type="checkbox"/> RICHIESTA SP         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 2px;"> <input type="checkbox"/> RICHIESTA SUP         </div> </div>																								

TRATTAMENTO	A	<input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree <input type="checkbox"/> Cannula orofaringea	C - Cardiologico	<input type="checkbox"/> Compressioni toraciche	<input type="checkbox"/> Meccanica tempo RCP m' <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>	<input type="checkbox"/> Collare cervicale <input type="checkbox"/> Asse spinale <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Barella a cucchiaio <input type="checkbox"/> Immobilizzatore arti <input type="checkbox"/> Materassino depressione <input type="checkbox"/> Evacuazione rapida <input type="checkbox"/> Estricazione rapida <input type="checkbox"/> Abbattimento su spinale <input type="checkbox"/> Stabilizzazione su presidio
	B	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia + RES O <sub>2</sub> lt / min <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <input type="checkbox"/> Pallone - Maschera + RES O <sub>2</sub> lt / min <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>		<input type="checkbox"/> Manuale tempo RCP m' <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>	1° shock h <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> : <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>	
	<input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Trattamento ustione <input type="checkbox"/> Trattamento amputazione <input type="checkbox"/> Prevenzione ipotermia	DAE n° shock <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>		Recupero Funzioni Vitali <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> : <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>		

DIARIO CLINICO		All'arrivo	Post-trattamento e trasporto			
		h	h	h	h	h
		: <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>	: <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>	: <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>	: <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>	: <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>
	AVPU					
	FC (minuto')					
	FR (minuto')					
	SpO <sub>2</sub> (%)					
	PAO (mm Hg)					
NRS/PRS (1-10)						
Temperatura (°C)						
Glicemia (mg/dl)						

Note generali.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRATTAMENTO	<input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree <input type="checkbox"/> Cannula orofaringea		C - Cardiologico	<input type="checkbox"/> Compressioni toraciche	<input type="checkbox"/> Meccanica tempo RCP m' <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Collare cervicale <input type="checkbox"/> Asse spinale <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Barella a cucchiaio <input type="checkbox"/> Immobilizzatore arti <input type="checkbox"/> Materassino depressione <input type="checkbox"/> Evacuazione rapida <input type="checkbox"/> Estricazione rapida <input type="checkbox"/> Abbattimento su spinale <input type="checkbox"/> Stabilizzazione su presidio	
	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia + RES O <sub>2</sub> lt / min <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="checkbox"/> Manuale tempo RCP m' <input type="text"/> <input type="text"/>	1° shock h <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Pallone - Maschera + RES O <sub>2</sub> lt / min <input type="text"/> <input type="text"/>			DAE n° shock <input type="text"/> <input type="text"/>	Recupero Funzioni Vitali <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Trattamento ustione <input type="checkbox"/> Trattamento amputazione <input type="checkbox"/> Prevenzione ipotermia						
DIARIO CLINICO	All'arrivo		Pa		e trasporto		Note generali..... ..... ..... .....
	h <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>		h <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>		h <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>		
	AVPU						
	FC (minuto')						
	FR (minuto')						
	SpO <sub>2</sub> (%)						
	PAO (mm Hg)						
	NRS/PRS (1-10)						
Temperatura (°C)							
Glicemia (mg/dl)							

### Campo TRATTAMENTO AIRWAYS / BREATHING:

Provvedimenti attuati per la gestione di un problema di vie aeree/attività respiratoria

*DISOSTRUZIONE DELLE VIE AEREE*

*CANNULA OROFARINGEA*

*OSSIGENOTERAPIA: specificare il flusso O<sub>2</sub> utilizzato (>6 l/min!) con maschera + revereiroie*

*PALLONE – MASCHERA: specificare il flusso O<sub>2</sub> utilizzato (alti flussi!) durante ventilazione con Ambu*

TRATTAMENTO	A	<input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree <input type="checkbox"/> Cannula orofaringea	C - Cardiologico	<input type="checkbox"/> Compressioni toraciche	<input type="checkbox"/> Meccanica tempo RCP m' <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Collare cervicale <input type="checkbox"/> Asse spinale <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Barella a cucchiaio <input type="checkbox"/> Immobilizzatore arti <input type="checkbox"/> Materassino depressione <input type="checkbox"/> Evacuazione rapida <input type="checkbox"/> Estricazione rapida <input type="checkbox"/> Abbattimento su spinale <input type="checkbox"/> Stabilizzazione su presidio
	B	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia + RES O <sub>2</sub> lt / min <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Pallone - Maschera + RES O <sub>2</sub> lt / min <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Manuale tempo RCP m' <input type="text"/> <input type="text"/>	1° shock h <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Trattamento ustione <input type="checkbox"/> Trattamento amputazione <input type="checkbox"/> Prevenzione ipotermia	DAE n° shock <input type="text"/> <input type="text"/>		Recupero Funzioni Vitali <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>		

All'arrivo	Post-trattamento e trasporto			
<input type="text"/> <input type="text"/> h : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> h : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> h : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> h : <input type="text"/> <input type="text"/>	Note generali

### Campo TRATTAMENTO CIRCULATION:

Provvedimenti attuati per la gestione di un problema di circolo

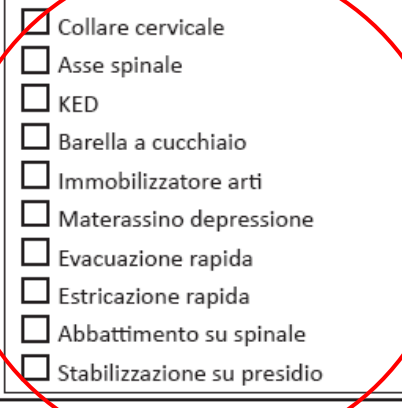
*COMPRESSIONI TORACICHE: MECCANICA (es. impiego di dispositivo LUCAS per le compressioni toraciche meccaniche) o MANUALE. Specificare la durata della RCP in entrambi i casi*

*DAE: specificare l'orario del primo shock erogato, il numero totale di shock erogati, l'orario di eventuale recupero delle funzioni vitali*

NRS/PRS (1-10)			
Temperatura (°C)			
Glicemia (mg/dl)			







Cosa c'è?	
<input type="checkbox"/>	Collare cervicale
<input type="checkbox"/>	Asse spinale
<input type="checkbox"/>	KED
<input type="checkbox"/>	Barella a cucchiaio
<input type="checkbox"/>	Immobilizzatore arti
<input type="checkbox"/>	Materassino depressione
<input type="checkbox"/>	Evacuazione rapida
<input type="checkbox"/>	Estricazione rapida
<input type="checkbox"/>	Abbattimento su spinale
<input type="checkbox"/>	Stabilizzazione su presidio

TRATTAMENTO	<b>A</b>	<input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree <input type="checkbox"/> Cannula orofaringea	C - Cardiologico	<input type="checkbox"/> Compressioni toraciche	<input type="checkbox"/> Meccanica tempo RCP m' <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Manuale tempo RCP m' <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Collare cervicale <input type="checkbox"/> Asse spinale <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Barella a cucchiaio <input type="checkbox"/> Immobilizzatore arti <input type="checkbox"/> Materassino depressione <input type="checkbox"/> Evacuazione rapida <input type="checkbox"/> Estricazione rapida <input type="checkbox"/> Abbattimento su spinale <input type="checkbox"/> Stabilizzazione su presidio
	<b>B</b>	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia + RES O <sub>2</sub> lt / min <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Pallone - Maschera + RES O <sub>2</sub> lt / min <input type="text"/> <input type="text"/>		1° shock h <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> DAE n° shock <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Trattamento ustione <input type="checkbox"/> Trattamento amputazione <input type="checkbox"/> Prevenzione ipotermia	Recupero Funzioni Vitali <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>				

	All'arrivo	Post-trattamento e trasporto	Note generali.....
	h <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	h <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	

DIARIO CLINICO	AVPU	
	FC (minuto')	
	FR (minuto')	
	SpO <sub>2</sub> (%)	
	PAO (mm Hg)	
	NRS/PRS (1-10)	
	Glicemia (mg/dl)	

### Campo DIARIO CLINICO:

Tracciare in questi campi i parametri rilevati all'arrivo sul posto, dopo eventuale trattamento e durante il trasporto del paziente presso la struttura di destinazione, specificando l'orario in cui tali rilievi vengono effettuati

**NON COMPILARE I CAMPI TEMPERATURA E GLICEMIA (NON ESISTONO AD OGGI PROTOCOLLI CONDIVISI IN MATERIA)**

*AVPU: livello di coscienza (alert / vocal / pain / unresponsive)*

*FC: frequenza cardiaca*

*FR: frequenza respiratoria*

*SpO<sub>2</sub>: saturazione O<sub>2</sub> periferica*

*PAO: pressione arteriosa (omeroale)*

*NRS / PRS: valutazione del dolore su numerical / pain rating scale*



<b>Autorizzazione generale al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili che saranno raccolti (art.7 e 13 D.Lgs.196/03)</b>		<div style="float: right; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> decapitazione  <input type="checkbox"/> maciullamento  <input type="checkbox"/> putrefazione  <input type="checkbox"/> carbonizzazione  <input type="checkbox"/> rigidità         </div>	
<p> <b>CONSENSO al trattamento sanitario</b>    <input type="checkbox"/> Esplicito    <input type="checkbox"/> Presunto    <input type="checkbox"/> <b>RIFIUTO</b> trattamento         </p> <p>Effetti personali/reperi _____</p> <p>Consegnati a _____</p> <p>FIRMA _____</p> <p>Testimone</p> <p style="margin-left: 20px;">Generalità _____</p> <p style="margin-left: 20px;">FIRMA _____</p> <p>Paziente o Avente Titolo</p> <p style="margin-left: 20px;">Generalità _____</p> <p style="margin-left: 20px;">FIRMA _____</p>	<p> <b>SEGNI EVIDENTI di MORTE</b> </p> <p> <b>DECESSO</b>    <input type="checkbox"/> Morte violenta                              <input type="checkbox"/> Morte naturale         </p> <p> <b>IDENTIFICAZIONE PAZIENTE</b> </p> <p style="margin-left: 20px;">Nome _____ Cognome _____</p> <p style="margin-left: 20px;">N° Doc _____</p> <p> <b>RICONOSCIMENTO da parte di:</b> </p> <p style="margin-left: 20px;">Nome _____ Cognome _____</p> <p style="margin-left: 20px;">N° D _____</p> <p style="margin-left: 20px;">Firma _____</p> <p> <b>SALMA affidata a:</b> _____         </p> <p> <b>CONTATTATA</b> _____         </p> <p>           Data <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>    Ora <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> </p>		

NON COMPILARE

Autorizzazione generale al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili che saranno raccolti (art.7 e 13 D.Lgs .196/03)		<input type="checkbox"/> decapitazione <input type="checkbox"/> maciullamento <input type="checkbox"/> putrefazione/mummificazione <input type="checkbox"/> carbonizzazione <input type="checkbox"/> rigidità articolare
CONSENSO al trattamento sanitario <input type="checkbox"/> Esplicito <input type="checkbox"/> Presunto <input type="checkbox"/> RIFIUTO trattamento		SEGNI EVIDENTI di MORTE DECESSO <input type="checkbox"/> Morte violenta <input type="checkbox"/> Morte naturale
Effetti personali/reperi Consegnati a FIRMA		IDENTIFICAZIONE PAZIENTE Nome Cognome
Testimone Generalità FIRMA		<div> <p><b>Campo AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI / SANITARIO:</b>            Indicare in questo campo il consenso esplicito o presunto (es. paziente incosciente) al trattamento sanitario oppure il rifiuto, richiedendo in entrambi i casi, ogni qual volta possibile, la firma del paziente o di un avente titolo (specificando in questo caso le generalità della persona che firma nelle veci del paziente stesso)</p> <p><b>ATTENZIONE:</b>            Questo campo risulta ad oggi non pienamente idoneo a discriminare correttamente tra un consenso/rifiuto al trattamento dei dati e un consenso/rifiuto al trattamento sanitario. In attesa delle necessarie modifiche sarà opportuno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Richiedere consenso al trattamento dati (laddove non presunto) come condizione necessaria per l'assistenza erogata</li> <li>- In caso di rifiuto opposto al trattamento dati, tracciare ogniqualvolta possibile le generalità di un testimone presente sulla scena</li> </ul> </div>
Paziente o Avente titolo Generalità FIRMA		
Data <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"/>		Ora <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>

<b>Autorizzazione generale al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili che saranno raccolti (art.7 e 13 D.Lgs .196/03)</b>		<div style="float: right;"> <input type="checkbox"/> decapitazione  <input type="checkbox"/> maciullamento  <input type="checkbox"/> putrefazione/mummificazione  <input type="checkbox"/> carbonizzazione  <input type="checkbox"/> rigidità articolare         </div> <b>SEGNI EVIDENTI di MORTE</b>	
<b>CONSENSO al trattamento sanitario</b> <input type="checkbox"/> Esplicito <input type="checkbox"/> Presunto <input type="checkbox"/> <b>RIFIUTO</b> trattamento		<b>DECESSO</b> <input type="checkbox"/> Morte violenta <input type="checkbox"/> Morte naturale	
<b>Effetti personali/reperti</b> _____ <b>Consegnati a</b> _____ <b>FIRMA</b> _____		<b>IDENTIFICAZIONE PAZIENTE</b> Nome _____ Cognome _____ N° Doc _____	
<b>Testimone</b> Generalità _____ FIRMA _____		<b>RICONOSCIMENTO da parte di:</b> Nome _____ Cognome _____ N° Doc _____ FIRMA _____	
<b>Paziente o Avente Titolo</b> Generalità _____ FIRMA _____		<b>CONTATTATA C.O.</b> Data <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ora <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	

**Campo EFFETTI PERSONALI:**

Specificare l'eventuale avvenuta consegna di effetti personali o reperti (elencare e specificare le generalità del ricevente) e la presenza di testimoni significativi per le finalità del servizio

<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 type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Altro		<input type="checkbox"/> MSB <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MSAB <input type="checkbox"/> DRO <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Mezzo proprio	<input type="checkbox"/> Non indicazione <input type="checkbox"/> Annullato da C.O. <input type="checkbox"/> 112	<b>EQUIPAGGIO</b> Codice/ Nominativo <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"/> Codice/ Nominativo <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"/> COMPILATORE Codice/ Nominativo <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"/> Firma _____
---	--	---	--	---

**Campo TRASPORTATO:**  
 Barrare la categoria della destinazione più idonea, specificando dove necessario, il nome della struttura ricevente (es. PS) nelle righe al fondo del riquadro

*DOMICILIO*  
*CAP (centro assistenza primaria)*  
*SS (struttura sanitaria) PRIVATA*  
*RV (rendez-vous)*  
*OBITORIO*  
*OSPEDALE*  
*ALTRO*

**SONO PREVISTI NEL CAMPO PROTOCOLLI AD OGGI NON ATTIVI**



<b>Trasportato</b>	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> MSB	<input type="checkbox"/> Non indicazione	<input type="checkbox"/> Annullato da C.O.	<b>Altri enti</b>	<b>EQUIPAGGIO</b>		
	<input type="checkbox"/> C.A.P.	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> C.A.	<input type="checkbox"/> Avaria mezzo		Codice/ Nominativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> S.S. privata	<input type="checkbox"/> MSAB	<input type="checkbox"/> Affidato MMG	<input type="checkbox"/> Meteo negativo		Codice/ Nominativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> R.V.	<input type="checkbox"/> ELI	<input type="checkbox"/> C.A.P.	<input type="checkbox"/> Paziente non trovato		Codice/ Nominativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Obitorio	<input type="checkbox"/> IDRO	<input type="checkbox"/> Lasciato domicilio	<input type="checkbox"/> Paziente già evacuato	<input type="checkbox"/> VVUU	COMPILATORE			
<input type="checkbox"/> Ospedale	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Target irraggiungibile	<input type="checkbox"/> Altro	Codice/ Nominativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Mezzo proprio	<input type="checkbox"/> Deceduto	<input type="checkbox"/> Target non reperito		Firma	_____		

**Campo TRASPORTATO DA:**  
Specificare la tipologia di mezzo che effettua il trasporto

<b>Trasportato</b>	<input type="checkbox"/> Domicilio	<b>Trasportato da</b>	<input type="checkbox"/> MSB	<b>NON trasportato</b>	<input type="checkbox"/> Non indicazione	<b>NON completato</b>	<input type="checkbox"/> Annullato da C.O.	<b>Altri enti</b>	<input type="checkbox"/> 112	<b>EQUIPAGGIO</b>							
	<input type="checkbox"/> C.A.P.		<input type="checkbox"/> MSA		<input type="checkbox"/> Affidato C.A.		<input type="checkbox"/> Avaria mezzo		<input type="checkbox"/> 113	Codice/ Nominativo <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="checkbox"/> S.S. privata		<input type="checkbox"/> MSAB		<input type="checkbox"/> Affidato MMG		<input type="checkbox"/> Meteo negativo		<input type="checkbox"/> 115	Codice/ Nominativo <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="checkbox"/> R.V.		<input type="checkbox"/> EUI		<input type="checkbox"/> Affidato C.A.P.		<input type="checkbox"/> Paziente non trovato		<input type="checkbox"/> VVUU	COMPILATORE							
	<input type="checkbox"/> Obitorio		<input type="checkbox"/> IDRO		<input type="checkbox"/> Lasciato domicilio		<input type="checkbox"/> Paziente già evacuato		<input type="checkbox"/> Altro	Codice/ Nominativo <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="checkbox"/> Ospedale		<input type="checkbox"/> Altro		<input type="checkbox"/> Rifiuta		<input type="checkbox"/> Target irraggiungibile		Firma _____								
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Mezzo proprio	<input type="checkbox"/> Deceduto	<input type="checkbox"/> Target non reperito														

#### Campo NON TRASPORTATO:

Specificare la motivazione che ha determinato il mancato trasporto del paziente

*NON INDICAZIONE: solo in caso di esplicita indicazione medica (tracciare in campo note!)*

*AFFIDATO A CA : affidamento a medico di continuità assistenziale (guardia medica)*

*AFFIDATO A MMG: affidamento a medico di medicina generale (curante)*

*AFFIDATO A CAP: affidamento a centro assistenza primaria (non attivo)*

*LASCIATO A DOMICILIO: non attivo -> **UTILIZZARE ESCLUSIVAMENTE 'RIFIUTA'***

*RIFIUTA*

*DECEDUTO: tracciare in campo note intervento MSA/presenza medico sul posto*

<b>Trasportato</b>	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> MSB	<input type="checkbox"/> Non indicazione	<input checked="" type="checkbox"/> Annullato da C.O.	<input type="checkbox"/> 112	<b>EQUIPAGGIO</b>	
	<input type="checkbox"/> C.A.P.	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Affidato C.A.	<input type="checkbox"/> Avaria mezzo	<input type="checkbox"/> 113		Codice/ Nominativo <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="checkbox"/> S.S. privata	<input type="checkbox"/> MSAB	<input type="checkbox"/> MMG	<input type="checkbox"/> Meteo negativo	<input type="checkbox"/> 115		Codice/ Nominativo <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="checkbox"/> R.V.	<input type="checkbox"/> ELI	<input type="checkbox"/> C.A.P.	<input type="checkbox"/> Paziente non trovato	<input type="checkbox"/> VVUU		COMPILATORE
	<input type="checkbox"/> Obitorio	<input type="checkbox"/> IDRO	<input type="checkbox"/> Lasciato domicilio	<input type="checkbox"/> Paziente già evacuato	<input type="checkbox"/> Altro		Codice/ Nominativo <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="checkbox"/> Ospedale	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Target irraggiungibile			Firma _____	
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Mezzo proprio	<input type="checkbox"/> Deceduto	<input type="checkbox"/> Target non reperito				

**Campo NON COMPLETATO:**

Specificare la motivazione che ha determinato il mancato completamento del servizio

*In caso di paziente non trovato/già evacuato, tracciare in campo note gli avvenuti contatti con la CO*

<b>Trasportato</b>	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> MSB	<input type="checkbox"/> Non indicazione	<input type="checkbox"/> Annullato da C.O.	<b>Altri enti</b>	<input type="checkbox"/> 112	<b>EQUIPAGGIO</b>								
	<input type="checkbox"/> C.A.P.	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Affidato C.A.	<input type="checkbox"/> Avaria mezzo		<input type="checkbox"/> 113	Codice/ Nominativo	<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="checkbox"/> S.S. privata	<input type="checkbox"/> MSAB	<input type="checkbox"/> MMG	<input type="checkbox"/> Meteo negativo		<input type="checkbox"/> 115	Codice/ Nominativo	<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="checkbox"/> R.V.	<input type="checkbox"/> ELI	<input type="checkbox"/> C.A.P.	<input type="checkbox"/> Paziente non trovato		<input type="checkbox"/> VVUU	COMPILATORE	<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="checkbox"/> Obitorio	<input type="checkbox"/> IDRO	<input type="checkbox"/> Lasciato domicilio	<input type="checkbox"/> Paziente già evacuato		<input type="checkbox"/> Altro	Codice/ Nominativo	<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="checkbox"/> Ospedale	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Target irraggiungibile				Firma _____								
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Mezzo proprio	<input type="checkbox"/> Deceduto	<input type="checkbox"/> Target non reperito												

#### Campo ALTRI ENTI:

Specificare la presenza di altro personale presente sulla scena quali Carabinieri, Polizia, Vigile del Fuoco, Vigili Urbani, ecc.

<b>Trasportato</b>	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> MSB	<input type="checkbox"/> Non indicazione	<input type="checkbox"/> Annullato da C.O.	<b>Altri enti</b>	<b>EQUIPAGGIO</b>		
	<input type="checkbox"/> C.A.P.	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Affidato C.A.	<input type="checkbox"/> Avaria mezzo		Codice/ Nominativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> S.S. privata	<input type="checkbox"/> MSAB	<input type="checkbox"/> MMG	<input type="checkbox"/> Meteo negativo		Codice/ Nominativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> R.V.	<input type="checkbox"/> ELI	<input type="checkbox"/> C.A.P.	<input type="checkbox"/> Paziente non trovato		COMPILATORE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Obitorio	<input type="checkbox"/> IDRO	<input type="checkbox"/> Lasciato domicilio	<input type="checkbox"/> Paziente già evacuato		Codice/ Nominativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ospedale	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Rifiuta	<input type="checkbox"/> Target irraggiungibile	<input type="checkbox"/> VVJU	Firma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Mezzo proprio	<input type="checkbox"/> Deceduto	<input type="checkbox"/> Target non reperito	<input type="checkbox"/> Altro				

#### Campo EQUIPAGGIO:

Inserire i CODICI MATRICOLA (riportato su database anagrafica CVTO) dei componenti dell'equipaggio del MSB identificando il compilatore della scheda il quale dovrà inoltre firmare (si ritiene sufficiente la sigla del soccorritore) la scheda

**PER OVVIE RAGIONI IL COMPILATORE NON PUO' ESSERE CHE IL SOCCORRITORE CERTIFICATO NON AUTISTA PRESENTE NEL VANO SANITARIO. LA COMPILAZIONE NON PUO' ESSERE DELEGATA ALL'AGGREGATO (ANCHE SE IN CORSO DI TPP)**

## IN CONCLUSIONE:

- La struttura della nuova scheda può essere uno strumento per prevenire il rischio del “non scritto significa non fatto”, ma l’aumentato (apparentemente) quantitativo di dati richiede, ancora più che in passato, cura e attenzione nella compilazione.
- Qualsiasi dubbio di compilazione, con particolare riferimento ai codici di patologia riscontrata, deve essere discusso con la Centrale Operativa.
- Il presente documento è disponibile sul sito [www.croceverde.org](http://www.croceverde.org) nella sezione Documenti Scaricabili (effettuare log-in per visualizzare l’elenco completo).

*Avete domande?*

**Per qualsiasi chiarimento:**

**[direzione@croceverde.org](mailto:direzione@croceverde.org)**

Direzione dei Servizi - Croce Verde Torino

