



CLUB ALPINO ITALIANO  
CORPO NAZIONALE SOCCORSO ALPINO E SPELEOLOGICO



Scuola Nazionale Medica

SCHEDA SANITARIA DI SOCCORSO

Data: \_\_\_\_\_ Num. Scheda/Missione 118: \_\_\_\_\_



1 Nome e cognome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_ Data incidente \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_ 

Luogo \_\_\_\_\_ GPS: \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_










Ora incidente: \_\_\_\_\_ Alertamento: \_\_\_\_\_ Arrivo sull'infortunato: \_\_\_\_\_ 2/3 Evacuazione: \_\_\_\_\_ Num. di coinvolti: \_\_\_\_\_

Evento: ☐ Trauma ☐ Medico (non traumatico) ☐ altro: \_\_\_\_\_

Dinamica: \_\_\_\_\_

Accesso: ☐ Semplice ☐ Complesso ☐ Difficile ☐ Impossibile: \_\_\_\_\_

2/3 Evacuazione: ☐ Semplice ☐ Complessa ☐ Difficile ☐  ☐  ☐  ☐ A terra ☐ Hovering ☐ HHO

Condizioni meteo:         ☐  Non disponibile

Presa in carico da:     altro: \_\_\_\_\_ ore: \_\_\_\_\_ firma presa in consegna: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

<b>1</b> SICUREZZA	VALUTA LO SCENARIO Area dell'evento Area di trattamento  VALUTA LA DINAMICA METTI IN SICUREZZA I COMPAGNI	<b>2</b> VALUTA PAZIENTE	<b>X</b> EMORRAGIA MASSIVA <b>A<sub>c</sub></b> VIE AEREE - RACHIDE CERVICALE <b>B</b> QUALITA' DEL RESPIRO <b>C</b> QUALITA' DEL CIRCOLO <b>D</b> QUALITA' NEUROLOGICA <b>E</b> ESAME TESTA PIEDI E PROTEZIONE AMBIENTALE	<b>3</b> STABILIZZA	MOBILIZZA IN ASSE LA COLONNA VERTEBRALE  IMMOBILIZZA LE FRATTURE SOSPETTE	AGISCI SEGUENDO QUESTA SEQUENZA SE QUALCOSA PEGGIORA RICOMINCIA DA <b>X</b> COMUNICA <b>118/112</b> CONDIZIONI DEL FERITO
-----------------------	---	-----------------------------	---	------------------------	---	--



Emorragia massiva Note: \_\_\_\_\_

PRESIDI E VALUTAZIONE

☐ NO ☐ SI Sede: \_\_\_\_\_



Vie aeree  
Rachide cervicale Note: \_\_\_\_\_

Coscienza ☐ SI ☐ NO > RESPIRA? ☐ SI **NO >** ☐ **RCP**

Vie aeree ☐ Pervie ☐ Ostruite

Immobilizzazione manuale rachide cervicale ☐ SI ☐ NO

- ☐ Massaggio cardiaco esterno (100 min)
- ☐ Ventila pallone autoespandibile + filtro Hepa (30:2)
- ☐ Defibrillatore semiautomatico (DAE)

☐ Disostruzione/Aspirazione ☐ Ventila con pallone

☐ Cann.orofaringea/nasofaringea ☐ Collare cervicale



Qualità respiro Note: \_\_\_\_\_

Difficoltà respiratoria ☐ NO ☐ SI

O - espande simmetrico ☐ SI ☐ NO

P - enfisema sottocute/dolore/ferite ☐ SI ☐ NO

A - rumori respiratori anormali ☐ SI ☐ NO

C - freq. respiratoria \_\_\_\_\_ min (v.n. 12-20 min)

S - saturimetria \_\_\_\_\_ % (v.n. > 94)



Qualità del circolo Note: \_\_\_\_\_

Polso periferico ☐ SI ☐ NO ☐ Polso forte ☐ Cute sudata ☐ Medicazione ferite

(Polso centrale, se assente il periferico) ☐ SI ☐ NO ☐ P. debole ☐ C. Fredda **BACINO:**

Freq. cardiaca \_\_\_\_\_ min (v.n. 60-100 min) ☐ P. irregolare ☐ C. Pallida ☐ Deformato ☐ Dolore

Ferite esterne ☐ NO ☐ SI ☐ Refill capillare > 2 sec ☐ C. Cianotica ☐ Fascia Pelvica



## Neurologico

Note:

PRESIDI E VALUTAZIONE

- ☐ **A** - Sveglia, risponde a tono e collabora  
☐ **V** - Risponde se chiamato, confuso, poco collaborante  
☐ **P** - Soporoso, non risponde, reagisce solo al dolore  
☐ **U** - Non reagisce a nessuno stimolo  
☐ **Trauma cranico** (lesioni testa / volto)  
☐ Agitazione psicomotoria ☐ Convulsioni

Deficit forza arto: ☐ Sup dx ☐ Sup sx ☐ Inf dx ☐ Inf sx

Deficit sens. arto: ☐ Sup dx ☐ Sup sx ☐ Inf dx ☐ Inf sx

☐ Non muove: \_\_\_\_\_

☐ Non sente toccare: \_\_\_\_\_

## E

### Testa piedi

### Protezione ambientale

#### E emorragia

- ☐ **D** dolore ☐ lieve 1-3  
☐ moderato 4-6 ☐ severo 7-10  
 1-3 4-6 7-10

#### R dolore alla colonna

#### F ferita

#### X frattura / deformità

#### XE frattura esposta

#### C contusione / escoriazione

#### L lesione tessuti molli

#### U ustione

#### A amputazione

#### IMMOBILIZZAZIONE

- ☐ Nausea ☐ Perdita feci ☐ Collare cervicale ☐ Tavola spinale  
☐ Vomito ☐ Perdita urine ☐ Estricatore ☐ Materassino depressione  
☐ Steccobende/roll splint ☐ Presenza DPI: \_\_\_\_\_

#### RIVALUTA

Ore:

Ore:

Ore:

Ore:

AVPU				
Freq. Respiratoria				
Freq. polso				
Saturimetro				
Dolore				

#### VALUTAZIONE SECONDARIA

Allergie:

Patologie:

Farmaci:

Ultimo pasto:

Eventi:

#### NOTE:

☐ Non necessita di assistenza ☐ <sup>3</sup>Accompagnato in sicurezza presso: \_\_\_\_\_

ore:

☐ **Rifiuta assistenza** Il sottoscritto, identificato nei dati riportati nella sezione anagrafica<sup>1</sup>, **DICHIARA** di essere stato esaurientemente informato sui rischi di un eventuale rifiuto all'assistenza delle squadre di soccorso. Consapevole di ciò **RIFIUTA** il soccorso e/o l'assistenza e/o il trasporto in ospedale, assumendo la totale responsabilità delle conseguenze derivanti da tale rifiuto.

The undersigned, identified in the personal data section<sup>1</sup>, **DECLARES** that he has been fully informed about the risks of a possible refusal to assistance by rescue teams. Aware of this, **REFUSES** the rescue and/or assistance and/or transportation to the hospital, assuming full responsibility for the consequences of such refusal.

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Servizio Regionale CNSAS:

Stazione:

Soccorritore CNSAS:

#### IPOTERMIA

☐ **A**VPU ☐ **A**VPU ☐ **A**VPU ☐ **A**VPU

☐ Telino isotermico ☐ Compresse esotermiche

☐ Coperta esotermica altro: \_\_\_\_\_

☐ Temperatura \_\_\_\_\_ C° (v.n. 36-37)

Rivaluta Temp. Ore: \_\_\_\_\_ C° Ore: \_\_\_\_\_ C°

#### CRITICITÀ

- ☐ Emorragia massiva  
☐ Difficoltà pervietà vie aeree  
☐ Privo di coscienza  
☐ Fa fatica a respirare  
☐ Pz. in shock:  
☐ pallido ☐ sudore freddo  
☐ polso rapido e flebile ☐ respiro rapido e superficiale  
☐ agitato e/o confuso

☐ Trauma cranico

☐ NON risponde a tono alle domande/NON ricorda l'accaduto

☐ Dolore severo 7-10

☐ Precipitato > 3m e/o cinematica maggiore

☐ Ferite penetranti

☐ Frattura / deformità di ossa lunghe e/o bacino e assenza di polso e/o sensibilità a valle della lesione

☐ < 18 aa

☐ Dolore al torace senza trauma (peggiora sotto sforzo)

☐ Forte mal di testa senza trauma

☐ Forte dolore addominale senza trauma

☐ Non muove e/o non ha sensibilità in una parte del corpo

IN PRESENZA DI UNO O PIU' ☒ COMUNICA AL 112/118