



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: _____

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



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

☐ Disostruzione/Aspirazione ☐ Ventila con pallone
☐ Cann.orofaringea/nasofaringea ☐ Collare cervicale

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



Qualità respiro Note: _____

Difficoltà respiratoria ☐ NO ☐ SI

O - espande simmetrico ☐ SI ☐ NO
P - enfisema sottocute/dolore/ferite ☐ SI ☐ NO
A - rumori respiratori anomali ☐ 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 sudate ☐ 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 ☐ ³Accompagnato in sicurezza presso: _____

ore:

☐ **Rifiuta assistenza** Il sottoscritto, identificato nei dati riportati nella sezione anagrafica¹, **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 section¹, **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