

CROCE ROSSA ITALIANA

Comitato Provinciale di Venezia

Chiamata

Data  
2025-06-20  
H chiamata .....  
  
H partenza  
21:10 .....  
H sul posto  
21:10 .....  
H partenza posto .....  
  
H in PS .....  
  
H libero e operativo .....  
  
Codice uscita ☐B ☐V ☐G ☐R  
Codice rientro ☐0 ☐1 ☒2 ☐3 ☐4

Luolo intervento  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
  
Condizione riferita  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
  
Recapito telefonico  
.....  
.....  
.....

Ambulanza

CRI ..... Sel. ....  
  
Equipaggio  
  
Aut.  
.....  
Socc.  
.....  
Socc.  
.....  
Socc.  
.....  
IP .....  
Medico  
.....

Attivazioni / Autorità presenti

☐ Carabinieri ☐ Polizia Stradale ☐ Polizia Municipale ☐ Vigili del Fuoco ☐ Guardia medica  
☐ Altra ambulanza ☐ Automedica ☐ Elisoccorso ☐ Altro: .....

Cause trasporto non effettuato  
  
☐ Effettuato da altra ambulanza  
☐ Effettuato da elisoccorso  
☐ Non necessita  
☐ Trattato sul posto  
☐ Sospeso da centrale  
☐ Non reperito  
☐ Scherzo  
  
☐ Decesso (firma del medico):  
Ora del decesso: .....  
Firma: .....  
  
☐ Rifiuto (firma dell'interessato):  
Firma: .....

Dati anagrafici paziente

Cognome Nome Giuliani Rii .....  
  
Nato il 1946-02-01 ..... a Milano .....  
  
Residente a .....  
  
Via .....  
  
Telefono .....  
  
Dati dichiarati da: ☐ Paziente ☐ Parente ☐ Documento / Altro .....  
  
Io sottoscritto/a, messo/a a conoscenza delle mie condizioni di salute e della necessità di essere soccorso/a e/o trasportato/a in ospedale, nonché dei possibili rischi futuri a cui potrò andare incontro in caso di rifiuto, in pieno possesso delle mie facoltà mentali **rifiuto di essere soccorso/a e/o trasportato/a presso l'ospedale consigliato.**

Sesso ☐ M ☐ F  
  
Prov .....  
  
Prov .....  
  
N° .....

Rilevazioni

Parametri	T1 H: 21:10	T2 H: 21:25	T3 H:
Coscienza	<input checked="" type="checkbox"/> A Sveglia <input type="checkbox"/> V Resp. voce <input type="checkbox"/> P Resp. dolore <input type="checkbox"/> U Incosciente	<input checked="" type="checkbox"/> A Sveglia <input type="checkbox"/> V Resp. voce <input type="checkbox"/> P Resp. dolore <input type="checkbox"/> U Incosciente	<input type="checkbox"/> A Sveglia <input type="checkbox"/> V Resp. voce <input type="checkbox"/> P Resp. dolore <input type="checkbox"/> U Incosciente
Cute	<input type="checkbox"/> Normale <input checked="" type="checkbox"/> Pallida <input type="checkbox"/> Cianotica <input type="checkbox"/> Sudata	<input checked="" type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Pallida <input type="checkbox"/> Cianotica <input type="checkbox"/> Sudata	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Pallida <input type="checkbox"/> Cianotica <input type="checkbox"/> Sudata
Respiro	<input type="checkbox"/> Normale <input checked="" type="checkbox"/> Tachipnoico <input type="checkbox"/> Bradipnoico	<input checked="" type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Tachipnoico <input type="checkbox"/> Bradipnoico	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Tachipnoico <input type="checkbox"/> Bradipnoico

Glasgow Coma Scale

	T1	T2	T3
Apertura occhi			
Spontanea	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Alla voce	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Al dolore	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Nessuna	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Risposta verbale			
Orientata	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Confusa	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Parole inappropriate	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Suoni incomprensibili	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Nessuna	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Risposta motoria			
Obbedisce	<input checked="" type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

CROCE ROSSA ITALIANA			Comitato Provinciale di Venezia									
Chiamata						Ambulanza						
Parametri	T1 H:		T2 H:		T3 H:							
	<input type="checkbox"/> Assente		<input type="checkbox"/> Assente		<input type="checkbox"/> Assente							
SpO <sub>2</sub>	91		97									
FC bpm	95											
PA mmHg	160/100		155/95									
Glic. Mg/dl												
Temp. C°												
Esame Pupille												
Pupille reagenti:			Diametro DX				Diametro SX					
<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> Piccola (<2 mm) <input type="checkbox"/> Media (2-4 mm) <input type="checkbox"/> Grande (>4 mm)				<input type="checkbox"/> Piccola (<2 mm) <input type="checkbox"/> Media (2-4 mm) <input type="checkbox"/> Grande (>4 mm)					
Lesioni Riconstrate												
Legenda tipi di lesioni: 1=Amputazione      2=Deformità      3=Dolore      4=Emorragia      5=Ferita profonda      6=Ferita superficiale      7=Trauma chiuso      8=Ustione      9=Deficit motorio      A=Sensibilità assente B=Frattura/sosp.      C=Lussazione/sosp.												
Parte del corpo	Tipo di lesione (selezionare i codici corrispondenti)											
Testa	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Collo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Torace	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Addome	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Braccio DX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Braccio SX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Avambraccio DX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Avambraccio SX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Mano DX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Mano SX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Gamba DX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Gamba SX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Schiena	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Pelvi	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Coscia DX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Coscia SX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Caviglia DX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Caviglia SX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Piede DX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Piede SX	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
Provvedimenti												
Respiro	Circolo		Immobilizzazione		Altro		Infusioni / Farmaci					
<input type="checkbox"/> Aspirazione <input type="checkbox"/> Cannula orofaringea <input checked="" type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Monitor <input type="checkbox"/> Ossigeno l/min: ..... <input type="checkbox"/> Ventilazione <input type="checkbox"/> Intubazione N°: .....	<input type="checkbox"/> Emostasi <input checked="" type="checkbox"/> Accesso venoso <input checked="" type="checkbox"/> Monitor ECG <input checked="" type="checkbox"/> Monitor NIBP <input type="checkbox"/> MCE min: ..... <input type="checkbox"/> DAE N° shock: .....		<input type="checkbox"/> Collare cervicale <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Barella cucchiaio <input type="checkbox"/> Tavola spinale <input type="checkbox"/> Steccobenda <input type="checkbox"/> Materasso depressione		<input type="checkbox"/> Coperta isotermica <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Ghiaccio <input type="checkbox"/> Osservazione <input type="checkbox"/> Altro: ..... <input type="checkbox"/> Altro: .....		ossigeno con maschera					

CROCE ROSSA ITALIANA	Comitato Provinciale di Venezia	
Chiamata		Ambulanza
Annotazioni		
Anamnesi cardiologica positiva per IMA		