

TEAM DI PRONTO INTERVENTO

LISTA DI CONTROLLO RELATIVA
AI PAZIENTI COLPITI DA ICTUS



LISTA DI CONTROLLO RELATIVA AI PAZIENTI COLPITI DA ICTUS

TEAM DI PRONTO INTERVENTO

LISTA DI CONTROLLO RELATIVA AI PAZIENTI COLPITI DA ICTUS

NOME DEL PAZIENTE:

DATA DI NASCITA:
CODICE FISCALE:

Modulo di valutazione iniziale

Or

di

esordio dei sintomi (ultima ora nota di normalità)³

Ora

:

Screening per ictus¹

	Normal	Anormal
<input type="checkbox"/> Paresi facciali	Entrambi i lati del viso si muovono in maniera simmetrica	Un lato del viso non si muove affatto
<input type="checkbox"/> Slivellamento di un braccio	Entrambe le braccia si muovono in maniera simmetrica o non affatto	Slivellamento di un braccio rispetto all'altro
<input type="checkbox"/> Eloquio	Il paziente usa parole corrette senza strascicarle	Eloquio strascicato o inappropriato, o mutismo

Diagnosi di sospetto ictus – **Trasporto immediato** al **più vicino ospedale attrezzato per l'ictus**

Preavvisare l'ospedale durante il tragitto

- ☐ Allertare il team ictus
- ☐ Garantire un accesso immediato all'imaging diagnostico all'arrivo (TAC o RM)
- ☐ Mettere a conoscenza della potenziale necessità di terapia trombolitica

Vie aeree, respirazione, circolazione (ABC)³

☐ Sollevare la parte superiore del corpo di 30°

☐ Stabilire l'accesso EV (preferibilmente mediante 2 cannule di grande calibro con blocco per la soluzione salina) e iniziare un'infusione di soluzione salina allo 0,9%²

☐ Misurare la saturazione dell'ossigeno capillare e somministrare O2 se il livello di saturazione scende al di sotto del 95% (fare attenzione nei pazienti con BPCO)^{2,3}

Esame glicemico

mg/dL

☐ Ipoglicemia: <50 mg/dL (<2,8 mmol/L) – destrosio in bolo EV o infusione di glucosio al 10-20%.²

☐ Iperglicemia: >180 mg/dL (10 mmol/L) – utilizzare soluzione salina EV ed evitare soluzioni di glucosio. Consultare un medico in merito alla necessità di titolazione dell'insulina.²

Pressione arteriosa

mm pt. ct.

☐ Ipotensione: PAS ≤120 mmHg (nessun segno di insufficienza cardiaca congestizia) - 500 mL di soluzione elettrolitica o NaCl 0,9% EV.²

☐ Iperensione: PAS >220 mmHg; PAD >120 mmHg – È consigliata una cauta riduzione della pressione arteriosa sotto stretto controllo medico. Evitare la nifedipina sublinguale. Considerare la somministrazione di labetalolo o urapidil EV.²

Anamnesi prossima e attuale

Farmaci attuali (elencare)

- ☐ Disturbi della coagulazione o ictus recente
- ☐ Diabete
- ☐ Ipertensione
- ☐ Fibrillazione atriale
- ☐ Neoplasia maligna
- ☐ Trauma o caduta prima dell'esordio dei sintomi
- ☐ Procedure invasive o chirurgiche recenti

Soprattutto anticoagulanti, inibitori dell'aggregazione piastrinica.

Livello di funzionalità e autonomia prima dell'esordio dei sintomi

Evoluzione dei sintomi

☐ Stabile

☐ Instabile

☐ In miglioramento

☐ In peggioramento

Nome del membro del servizio di medicina d'emergenza	Codice operatore	Firma	Data
			Ora

Bibliografia:
1. Acad Emerg Med. 1997 Oct;4(10):986-90. 2. European Ictus Organization guidelines 2008. Cerebrovasc Dis 2008;25(5):457-507.
3. AHA/ASA Guideline. Ictus.2013;44:870-947

Le presenti liste di controllo sono fornite a solo titolo esemplificativo. Pertanto, prima dell'uso, siete pregati di adattare opportunamente alla normativa locale ed alle informazioni di prescrizione.