

DATA / /
 SCHEDA /

SIGLA MEZZO
 NUMERO PAZIENTE



INDIRIZZO/TARGET COMUNE/LOCALITÀ

RIFERIMENTI

PAZIENTE TEAM

SEX M F n.r. EtA: 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"/> 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"/>	
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 RISRCONTRATA <input type="text"/>	TRIAGE <input type="text"/>	

VALUTAZIONE	PERCORSO ICTUS	TRAUMA	SEDE
A <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	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	<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"/> Penetrante <input type="checkbox"/> punta <input type="checkbox"/> arma fuoco <input type="checkbox"/> corpo estraneo <input type="checkbox"/> Ustione 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° BSA % <input type="text"/>	<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 <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"/>	PUPILLE <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> piccolo <input type="checkbox"/> grande Anisocoria ↑ Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Riferito violenza sessuale <input type="checkbox"/> Riferito atto violento	
C <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 Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> centrale assente <input type="checkbox"/> bradicardia <input type="checkbox"/> tachicardia	ECG 1° ECG <input type="text"/> : <input type="text"/> Trasmissione ECG No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Dispositivi intracardiaci No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	VALUTAZIONE FUNZIONALE ARTI SUPERIORE Inferiore Dx Sx Dx Sx Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ANAMNESI Allergie No <input type="checkbox"/> Medicinali No <input type="checkbox"/> Patologie No <input type="checkbox"/> Pasto No <input type="checkbox"/> : <input type="text"/> Evento		VALUTAZIONE DOLORE NRS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 PRS 1 2-3 4-5 6-7 8-9 10	

NON NECESSITA TRATTAMENTO SUPPORTO PSICOLOGICO RICHIESTA SP RICHIESTA SUP

TRATTAMENTO	C - Cardiologico
A <input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree <input type="checkbox"/> Cannula orofaringea	<input type="checkbox"/> Compressioni toraciche <input type="checkbox"/> Meccanica tempo RCP m' <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Manuale tempo RCP m' <input type="text"/>
B <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia + RES O ₂ lt / min <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Pallone - Maschera + RES O ₂ lt / min <input type="text"/>	1° shock h <input type="text"/> : <input type="text"/> n° shock <input type="text"/> Recupero Funzioni Vitali <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	<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

DIARIO CLINICO	All'arrivo	Post-trattamento e trasporto			Note generali
	h	h	h	h	
AVPU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
FC (minuto')	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
FR (minuto')	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
SpO ₂ (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PAO (mm Hg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NRS/PRS (1-10)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Temperatura (°C)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Glicemia (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Autorizzazione generale al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili che saranno raccolti (art.7 e 13 D.Lgs .196/03)

CONSENSO al trattamento sanitario Esplicito Presunto RIFIUTO trattamento

Effetti personali/reperti

Consegnati a

FIRMA

Testimone Generalità

FIRMA

Paziente o Avente Titolo Generalità

FIRMA

SEGGNI EVIDENTI di MORTE
 decapitazione
 maciullamento
 putrefazione/mummificazione
 carbonizzazione
 rigidità articolare

DECESSO Morte violenta Morte naturale

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE
 Nome Cognome

N° Doc

RICONOSCIMENTO da parte di:
 Nome Cognome

N° Doc

FIRMA

SALMA affidata a:
 Nome Cognome

FIRMA

CONTATTATA C.O.
 Data / / Ora :

Trasportato	Trasportato da	NON trasportato	NON completato	Altri enti	EQUIPAGGIO
<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"/> ELI <input type="checkbox"/> IDRO <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Mezzo proprio	<input type="checkbox"/> Non indicazione <input type="checkbox"/> C.A. <input type="checkbox"/> Affidato MMG <input type="checkbox"/> C.A.P. <input type="checkbox"/> Lasciato domicilio <input type="checkbox"/> Rifiuta <input type="checkbox"/> Deceduto	<input type="checkbox"/> Annullato da C.O. <input type="checkbox"/> Avaria mezzo <input type="checkbox"/> Meteo negativo <input type="checkbox"/> Paziente non trovato <input type="checkbox"/> Paziente già evacuato <input type="checkbox"/> Target irraggiungibile <input type="checkbox"/> Target non reperito	<input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 115 <input type="checkbox"/> VVUU <input type="checkbox"/> Altro	Codice/ Nominativo <input type="text"/> Codice/ Nominativo <input type="text"/> COMPILATORE Codice/ Nominativo <input type="text"/> Firma