

Dati servizio				
Associazione				
ID Missione				
Data				
Km alla partenza				
Km al rientro				
Sigla / Targa mezzo di soccorso				
Tipologia mezzo di soccorso				
Partenza dalla sede op.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
ORARI INDICATIVI				
Ora Inizio Missione	Ora Arrivo Obiettivo			
Ora Partenza Ob.	Ora Arrivo Destinazione			
Ora Fine Missione	Ora Libero in Sede			
Intervento con ALS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Trasporto in ospedale <table border="1"><tr><td>R</td><td>G</td><td>V</td></tr></table>		R	G	V
R	G	V		
Classe di patol. ipotizzata dalla CO 118 di rientro:				
Ospedale di destinazione				
Reparto				
Numero di Triage PS				
<input type="checkbox"/> Trattamento sul posto senza trasp.				
<input type="checkbox"/> Missione annullata				
<input type="checkbox"/> Decesso				
<input type="checkbox"/> Rifiuto trasporto/trattamento				
Firma paziente				
Firma testimone				

- Dinamica riferita:**
- Non definita
 - Precipitato < 3 mt.
 - Precipitato > 3 mt.
 - Aggressione
 - Arma bianca
 - Arma da fuoco
 - Violenza sessuale
 - Morso di animale
 - Esplosione
 - Incendio
 - Incidente auto
 - Incidente moto
 - Incidente mezzo pesante
 - Incidente bicicletta
 - Incidente pedone
 - Proiettato
 - Incastrato
 - Tuffo/immersione
 - Altra dinamica
 - Soccorso a persona

REGIONE TOSCANA
TRASPORTO PRIMARIO DI EMERGENZA

Dati missione
Luogo d'intervento

Nominativo _____ Codici di attivazione _____

Dati anagrafici
Nome e Cognome _____ M F

Indirizzo _____ Comune _____

Data di nascita _____ Comune/Stato di nascita _____ Fascia d'età

0 - 30 giorni	1 - 12 mesi	1 - 5 anni	6 - 14 anni	15 - 64 anni	65 - 80 anni	> 80 anni
---------------	-------------	------------	-------------	--------------	--------------	-----------

Situazione all'arrivo

A (airway) PZ. COSCIENTE SI NO VIE AEREE PERVIE SI NO

B (breathing) PZ. RESPIRA SI NO **FREQ. RESP.:** _____ ATTI/MIN.
COME RESPIRA? NORMALE DISPNEA RESPIRO RUMOROSO? SI NO

SAT. O₂: _____ % → **SAT. CON O₂:** _____ % (O₂: _____ LT/MIN.)

C (circulation) P.A.: _____ / _____ mmHg **F.C.:** _____ BATT./MIN.
EMORRAGIE: SI NO POLSO RADIALE: SI NO REGOLARE: SI NO

COLORITO CUTANEO: NORMALE CIANOTICO ROSSASTRO PALLIDO

PZ. SUDATO: SI NO DOL. TORACICO? NO SI → _____
Data e ora d'insorgenza riferita _____

D (disability)

A	V	P	U
---	---	---	---

DATA E ORA RIFERITA D'INSORGENZA DEI SINTOMI: _____

Mimica facciale (fai mostrare i denti al pz. e fallo sorridere):
 Normale: i due lati del volto si muovono bene allo stesso modo. **Anormale**

Spostamento delle braccia (il pz. chiude gli occhi e distende le due braccia):
 Normale: le due braccia si muovono allo stesso modo. **Anormale**

Linguaggio (fai dire al pz. "Non puoi insegnare trucchi nuovi a un cane vecchio"):
 Normale: il paziente usa le parole correttamente senza intoppi. **Anormale**

E (exposure) **POSIZIONE DEL PZ. ALL'ARRIVO:**

<input type="checkbox"/> In piedi	<input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> Incastrato
<input type="checkbox"/> Seduto	<input type="checkbox"/> Prono	<input type="checkbox"/> Sul fianco

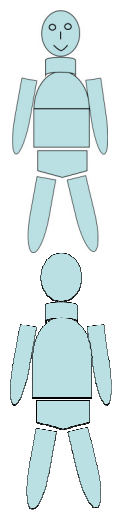
PATOLOGIE RIFERITE: _____

ALLERGIE RIFERITE: Non note Note _____

RIFERITA ASSUNZIONE DI FARMACI? _____

MANOVRE EFFETTUATE:

<input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree	<input type="checkbox"/> Immobilizzazione collo
<input type="checkbox"/> Aspirazione secreti	<input type="checkbox"/> Estricazione di incastrato
<input type="checkbox"/> Controllo saturazione ossigeno	<input type="checkbox"/> Utilizzo di K.E.D.
<input type="checkbox"/> Ventilazione con ambu	<input type="checkbox"/> Immobilizzazione arti
<input type="checkbox"/> Somministrazione ossigeno	<input type="checkbox"/> Bendaggio arti
<input type="checkbox"/> Misurazione Pressione Arteriosa	<input type="checkbox"/> Immob. con materasso a dep.
<input type="checkbox"/> Defibrillazione semiautomatica	<input type="checkbox"/> Immob. con tavola spinale
<input type="checkbox"/> R.C.P. di base	<input type="checkbox"/> Prevenzione ipotermia
<input type="checkbox"/> Supporto psicologico	<input type="checkbox"/> Medicazioni varie
<input type="checkbox"/> Gestione pz. in agit. psicomotoria	<input type="checkbox"/> Controllo emorragia esterna
<input type="checkbox"/> Clampaggio cordone ombelicale	<input type="checkbox"/> Medicazione di ustioni
Casco indossato? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rimozione del casco



GLICEMIA riferita: _____ mg/dl

CHIEDI AL PZ. DI MISURARE IL SUO DOLORE CON UN NUMERO TRA 0 E 10:
- 0 È ASSENZA DI DOLORE
- 10 È IL PEGGIOR DOLORE TOLLERABILE

DOLORE: _____

SEGNARE:
+ EMORRAGIA
DOLORE
/ USTIONE

Autista _____ Equipaggio _____