

ISTRUZIONI COMPILAZIONE DELLA SCHEDA PAZIENTI

per ASSOCIAZIONI di VOLONTARIATO

The image shows a screenshot of a patient form titled 'REGIONE TOSCANA TRASPORTO PRIMARIO DI EMERGENZA'. The form is divided into several sections, each labeled with a box: SEZ. 1 (Dati servizio), SEZ. 2 (Tipologia mezzo e sede di partenza), SEZ. 3 (Orari), SEZ. 4 (Trasporto in ospedale), SEZ. 5 (Esito servizio), SEZ. 6 (Dinamica riferita), SEZ. 7 (Dati missione), SEZ. 8 (Dati paziente), SEZ. 9 (Situazione all'arrivo), SEZ. 10 (Manovre effettuate), and SEZ. 11 (Equipaggio).

sez. 1 – Dati Servizio

sez. 2 – Tipologia mezzo e sede di partenza

sez. 3 – Orari

sez. 4 – Trasporto in Ospedale

sez. 5 – Esito servizio

sez. 6 – Dinamica riferita

sez. 7 – Dati missione

Sez. 8 – Dati paziente

Sez. 9 – Situazione all'arrivo

Sez. 10 – Manovre effettuate

Sez. 11 - Equipaggio

Sez. 1

Dati servizio	
Associazione	
ID Missione	
Data	
Km alla partenza	
Km al rientro	

Dati dell'Associazione

Denominazione – indirizzo – telefono – fax - email

ID Missione

In tale spazio si deve inserire il numero completo, compreso l'anno, della missione assegnata dalla centrale operativa 118 (es. 11165243).

La DATA deve essere trascritta nel Formato gg/mm/aaaa

Km

Inserire i Km alla partenza ed i Km al rientro in sede o al momento dell'invio su un nuovo intervento.

Sez. 2

Sigla / Targa mezzo di soccorso
Tipologia mezzo di soccorso
Partenza dalla sede op.? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Sigla/Targa Mezzo di Soccorso

Sigla assegnata da CO 118 o sigla Nazionale e targa mezzo di soccorso (es Bravo78 – EG 671 AP oppure FI10-0122 – CRI A123B)

Tipologia Mezzo di soccorso

MSB = ambulanza di primo soccorso e supporto all'automedica = Mezzo Soccorso Base

MSA = Ambulanza di soccorso e rianimazione = Mezzo Soccorso Avanzato

Partenza dalla sede operativa

Mettere una X sul SI solo quando il mezzo parte fisicamente dalla sede in convenzione. In tutti gli altri casi (da ospedale, in rientro etc...) mettere la X su NO.

Sez. 3

ORARI INDICATIVI

Ora Inizio Missione	Ora Arrivo Obiettivo
Ora Partenza Ob.	Ora Arrivo Destinazione
Ora Fine Missione	Ora Libero in Sede

Orari indicativi

Si ricorda a tutti gli equipaggi che gli orari che saranno riportati sulla scheda sono **orari indicativi** e solo quelli registrati presso la CO 118 sono quelli che hanno valore medico legale.

Nota: se gli orari sono acquisiti in modo automatico dalla CO 118 attraverso sistemi informatici gli orari possono essere omessi.

Sez. 4

Intervento con ALS? SI NO

Trasporto in ospedale R G V

Classe di patol. ipotizzata dalla CO 118 di rientro:

Ospedale di destinazione

Reparto

Numero di Triage PS

Intervento con ALS – Se **SI** compilare la scheda paziente **SOLO** per le parti eseguite dai soccorritori **prima** della presa in carico (arrivo) del paziente da parte dell'equipaggio ALS.

Trasporto in Ospedale

Mettere una "x" sul codice di rientro verso l'Ospedale

R = Rosso = Codice **3**

G = Giallo = Codice **2**

V = Verde = Codice **1**

Scrivere in modo **CHIARO** l'Ospedale ed il reparto di destinazione.

N.B. Classe di patologia ipotizzata al rientro

Dato riferito dall'operatore di CO 118 al momento del rientro dei dati (condizioni) del paziente.

Classe di patologia ipotizzata al rientro

Riportare **OBBLIGATORIAMENTE** il codice pi patologia prevalente ipotizzata.

Tale codice dovrà essere richiesto all'operatore della CO 118 dopo che si sono date le condizioni del paziente ed i parametri (rilevati/riferiti) del medesimo.

Ad esempio per una cefalea si dovrà riportare il codice C 04 02.

N.B. La patologia ipotizzata deve essere segnata in modo esaustivo. Se la CO 118 non fornisce il dato di rientro tale dato sarà omesso!!!

Numero di Triage PS

Riportare nello spazio il numero ed il codice di triage.

Esempio G (giallo) 2012(anno) 3213 (numero

Tabella C: Codici patologia riscontrata

<p>C01 TRAUMATICA C0101 Cranio C0102 Torace C0103 Addome C0104 Arti C0105 Rachide C0106 Emorragia C0107 Amputazione C0108 Ferita C0109 Frattura C0110 Contusione C0111 Ustione C0112 Folgorazione/elettrocuzione C0113 Lesione da freddo C0114 Lesione agli occhi C0115 Politraumatismo C0116 Altra traumatica</p> <p>C02 CARDIOCIRCOLATORIA C0201 Crisi ipertensiva C0202 Scompenso cardio-circolatorio C0203 Dolore toracico C0204 Cardiopalmo/Aritmia C0205 Arresto cardio-circolatorio C0206 Sindrome coronarica acuta; C0209 Altra cardio-circolatoria</p> <p>C03 RESPIRATORIA C0301 Distress respiratorio C0302 Corpo estraneo C0303 Crisi asmatica C0304 Immersione/sommersione C0305 Insufficienza respiratoria cronica C0309 Altra respiratoria</p>	<p>C04 NEUROLOGICA C0401 Convulsioni C0402 Cefalea C0403 Coma C0404 Ictus C0405 Decadimento psichico C0406 Perdita di coscienza C0409 Altra neurologica</p> <p>C05 PSICHIATRICA C0501 Tentato suicidio C0502 Agitazione psicomotoria C0509 Altra psichiatrica</p> <p>C06 NEOPLASTICA C0601 Neoplastica</p> <p>C07 TOSSICOLOGICA C0700 Intossicazione etilica C0701 Ossido di carbonio C0702 Farmaci C0703 Alimenti C0704 sostanze chimiche C0705 overdose/stupefacenti C0709 altra intossicazione</p> <p>C08 METABOLICA C0801 Iperglicemia C0802 Ipoglicemia C0809 Altra – metabolica</p> <p>C09 GASTROENTEROLOGICA C0901 Emorragia digestiva C0902 Dolore addominale C0909 Altra – gastroenterologica</p>	<p>C10 UROLOGICA C1001 Colica renale C1002 Ritenzione urinaria C1009 Altra - urologica</p> <p>C11 OCULISTICA C1101 Ferita penetrante occhio C1109 Altra – oftalmologia</p> <p>C12 OTORINOLARINGOIATRICA C1201 Epistassi C1202 Corpo estraneo C1209 Altra – ORL</p> <p>C13 DERMATOLOGICA C1301 Parassitosi C1302 Reazione orticaloide C1309 Altra – dermatologica</p> <p>C14 OSTETRICO-GINECOLOGICA C1401 Parto C1402 Metrorragia C1403 Minaccia aborto C1409 Altra - ostetrico-ginecologica</p> <p>C15 INFETTIVA C1501 Stato febbrile C1509 Altra – infettiva</p> <p>C19 ALTRA PATOLOGIA C1901 Stato febbrile C1902 NBCR (catastrofe o emergenza nucleare, batteriologica, chimica o radioattiva) C1909 Altra patologia</p> <p>C20 PATOLOGIA NON DIENTIFICATA C2001 Patologia non identificata</p>
--	--	---

Sez. 5

- Trattamento sul posto senza trasp.
- Missione annullata
- Decesso
- Rifiuto trasporto/trattamento

Firma paziente

Firma testimone

Esito missione

Mettere una "x" sull'esito della missione, se diverso dal Trasporto in ospedale del paziente.

Si ricorda che la "x" su **decesso** può essere messa solo se interviene un **medico** che certifica la morte del paziente.

In caso di **rifiuto ricovero** è sempre bene, oltre al pz, far firmare anche un testimone, dopo aver preso i dati anche del medesimo.

Missione ANNULLATA - Se la missione viene annullata dalla CO 118 si compilano **SOLO le sezioni** sez. 1 – Dati Servizio, sez. 2 – Tipologia mezzo e sede di partenza, sez. 3 – Orari, sez. 5 – Esito servizio, sez. 7 – Dati missione, Sez. 11 – Equipaggio.

IMPORTANTE

Lasciare **SEMPRE** una copia della scheda al paziente (se non si procede al ricovero) o all'Ospedale di destinazione. La scheda **DEVE** essere compilata in tutte le parti sanitarie e relative alla dinamica (solo se Trauma) prima di essere lasciata.

Sez. 6

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

SOLO in caso di **evento TRAUMATICO**, contrassegnare con una "X" la **dinamica riferita** dagli astanti (persone presenti al momento dell'incidente) o dal paziente stesso.

Se la dinamica non è presente nell'elenco mettere la "x" su altra dinamica.

È possibile indicare solo la voce che si riferisce al paziente della scheda (es: incidente auto contro moto. Segnerò incidente moto se agisco sul motociclista o incidente auto se agisco sull'automobilista).

Mettere la X su questa casella per **TUTTI** gli eventi
NON TRAUMATICI !!!!!



Sez. 7

Dati missione
Luogo d'intervento

Nominativo

Codici di attivazione

Luogo d'intervento
Scrivere il luogo d'intervento comunicato dalla CO 118 (Comune, Frazione, Via, n° civico)

Nominativo
Scrivere il cognome sul campanello o altri nominativi di riferimento comunicati dalla CO 118.

S C		01				R		
S = strada; P = uffici ed esercizi pubblici; Y = impianti sportivi; K = casa; L = impianti lavorativi; Q = scuole; Z = altri luoghi.	C = CODICE	01 Traumatica	10 Urologica	R = Rosso – Molto critico	G = Giallo – Mediamente critico	V = Verde – Poco critico	B = Bianco – Non critico	
		02 Cardiocircolatoria	11 Oculistica					
		03 Respiratoria	12 Otorinolaringoiatrica					
		04 Neurologica	13 Dermatologica					
		05 Psichiatrica	14 Ostetrico-ginecologica					
		06 Neoplastica	15 Infettiva					
		07 Tossicologica	19 Altra patologia					
		08 Metabolica	20 Patologia non identificata					
		09 Gastroenterologica						

Sez. 8

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
---------------	-------------	------------	-------------	--------------	--------------	-----------

Compilare **TUTTI** i campi scrivendo in modo **CHIARO e LEGGIBILE**.
 Indicare esattamente: la data di nascita, Comune di nascita (se italiano) o lo Stato di nascita (se nato all'estero) altrimenti risulta impossibile calcolare il Codice Fiscale, dato **ESSENZIALE!!!!**
 Mettere una "X" sulla fascia di età interessata (anche apparente) e sul sesso M o F.

Sez. 9

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	<input type="checkbox"/> In piedi	<input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> Incastrato
PZ. ALL'ARRIVO:	<input type="checkbox"/> Seduto	<input type="checkbox"/> Prono	<input type="checkbox"/> Sul fianco

PATOLOGIE RIFERITE: _____

ALLERGIE RIFERITE: Non note Note _____

RIFERITA ASSUNZIONE DI FARMACI? _____

A = mettere la "X" sulla casella interessata

B = mettere la "X" sulla casella interessata indicare se il paziente respira, indicare come respira, indicare se respiro è rumoroso.

Scrivere in modo chiaro e leggibile: Saturimetria (%) e saturimetria con Ossigeno terapia in corso (%) indicando a lato anche i litri/minuto dell'ossigeno erogato.

C = mettere la "X" sulla casella interessata

Scrivere in modo chiaro e leggibile la pressione (**N.B. campo non obbligatorio**) del paziente (max/min), scrivere in modo chiaro e leggibile la frequenza cardiaca rilevata, mettere la "X" sulla casella interessata relativa a emorragie, presenza del polso radiale, regolarità del polso radiale, colorito della pelle, paziente sudato freddo, presenza di dolore toracico. Se dolore toracico presente indicare giorno ed ora di insorgenza dei sintomi e riferirlo puntualmente alla Centrale Operativa ed in Dea.

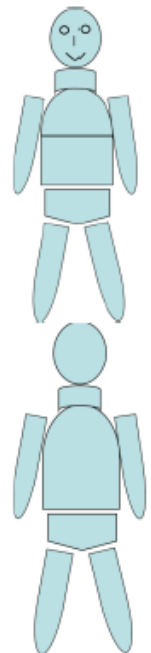
D = mettere la "X" sulla casella interessata (A-V-P-U). In caso di sospetta patologia neurologica indicare giorno ed ora di insorgenza dei sintomi e riferirlo puntualmente alla Centrale Operativa ed in Dea. Completare la parte della mimica facciale, spostamento delle braccia e linguaggio.

E = mettere la "X" sulla casella interessata relativa alla posizione del paziente all'arrivo del mezzo di soccorso. Segnare le **patologie croniche note riferite**, scrivere in modo chiaro e leggibile la presenza o assenza di **allergie riferite** di qualunque tipo. Riportare fedelmente sulla scheda la **terapia in corso riferita** dal paziente.

Sez. 10

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? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rimozione del casco



SEGNARE:
+ EMORRAGIA
DOLORE
/ USTIONE

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:

Mettere la "X" su ciascuna manovra effettuata dalla squadra sul paziente.

Note:

Defibrillazione semiautomatica : segnare SOLO se si erogano shock

R.C.P. di base : BLS senza applicazione del DAE

Immobilizzazione collo : collare cervicale rigido

Estricazione di incastrato : prevede obbligatoriamente l'intervento dei Vigili del Fuoco con specifiche attrezzature

Casco indossato : segnare SI solo se il casco è ancora indossato al momento dell'arrivo del mezzo di soccorso

Glicemia riferita: segnare il valore riferito dal paziente o dai suoi parenti

Dolore: in caso di dolore chiedere al paziente di misurare il suo dolore da 0 a 10 e segnarlo nell'apposita casella

Segnare **emorragie, dolore o ustione** con gli specifici segnali come da **legenda**.

Sez. 11

Autista	Equipaggio
---------	------------



Scrivere in **modo chiaro e leggibile** il Cognome per esteso ed il nome (puntato) di tutti gli operatori presenti sul mezzo di soccorso.

RICORDA

LASCIARE SEMPRE UNA COPIA DELLA SCHEDA AL PAZIENTE O IN OSPEDALE

COMPILARE UNA SCHEDA PER OGNI PAZIENTE!!!

TUTTO CIO' CHE NON è SEGNATO EQUIVALE A NON ESEGUITO !!!!!!!!!!!!!

SEGNALA SULLA SCHEDA SOLO QUELLO CHE FAI DIRETTAMENTE TE!!!

Qualora per **stato di necessità**, in via del **TUTTO ECCEZIONALE**, la CO 118 attivasse equipaggi diversi da quanto previsto dalle normative vigenti, la scheda dovrà essere compilata SOLO le sez. 1 – Dati Servizio, sez. 2 – Tipologia mezzo e sede di partenza, sez. 3 – Orari, sez. 4 – Trasporto in Ospedale, sez. 5 – Esito servizio, sez. 7 – Dati missione, Sez. 8 – Dati paziente, Sez. 11 - Equipaggio