

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.? 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? 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

Trattamento sul posto senza trasp.

Missione annullata

Decesso

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

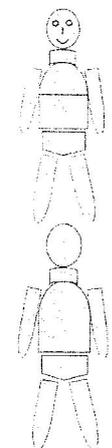
PATOLOGIE RIFERITE: _____

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? 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
---------	------------