

Le nuove Relazioni di soccorso MSB regionali

AREU AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA
A.A.T. MSB

INTESS COOR: _____ Mm: AUTISTA: _____
 TARGA/MEZZO: _____ Mm: SOCC: _____
 Km INIZIALI: _____ Mm: SOCC: _____
 Km FINALI: _____ CONVENZIONE: _____
 N° INTERNO: _____

INFORMAZIONI RELATIVE AL SOCCORSO

SCHEDA MISSIONE N. _____ DATA _____ ORA ATTIVAZIONE _____

CONDIZIONE: _____ SOSTE: _____
 SPAZIO: _____
 AL DIVO: _____

INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE

COGNOME: _____ NOME: _____ SESSO: M F
 LOCALITÀ: _____ VIA: _____ CITTADINANZA: _____
 DIVISIONE DI RESIDENZA: _____ SPAZIO: _____ N. DIVO: _____

EVENTO

INCENDIO COSE/VEICOLI CONTUSIONI MALVERSARE CADUTA INCIDENTE STRADALE
 PROBLEMI RESPIRAT AVVELENAMENTI EVENTO VIOLENTO PRECIPITATO DA H MEDICO/DOG COLGENTE MOTO
 MALORE TRAVAGLIORATO INFORTUNIO ALTRO PASSEGGERO ALTRO

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE - ALEVAZIONI PARAMETRI

POSTURA DI RACCOMANDO: IN PIEDI SEDUTA PRONA ALFANA LATERALE ORA DI INSERENZA DEI BIMOM: _____

| DIRE | M VAL | A VAL | S VAL | LESIONI E AGGRAVANTI | PRESTAZIONI/INTERVENTI |
|----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---|
| CONSAZIA | | | | 1 AMPUTAZIONE | 1 DEBRIVO /mm |
| BI/BL/DI | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> A | 2 FRACTURA ESPOSTA | 2 ABRASIONE CARO ORALE |
| MEAG. DOLM: | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> V | 3 DEFORMITA | 3 SANGUIA V/P |
| MEAG. DOLORE | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> P | 4 COLONE | 4 VENTILAZIONE |
| INDOCCIDENTE | <input type="checkbox"/> U | <input type="checkbox"/> U | <input type="checkbox"/> U | 5 SANGUINAMENTO | 5 RCP |
| RESPIRE | | | | 6 EMOGRAMMA/MASSA/VA | 6 AMPUTAZIONE DUE |
| NORMALE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 FERITA | 7 TRASSIBIONE EEG |
| DIFFICIL/TORBO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 FERITA PENETRANTE | 8 RIVOCIONE CARO |
| ASSENTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 LESIONE SCHIACO | 9 SINTOMAZIONE <input type="checkbox"/> NANOAI |
| DIRIGILO | | | | 10 CONUSIONE | 10 MEDICAZIONE FERITE |
| PERIFERICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 LISTONE | 11 ANGIOLOGIZIONE |
| CENTRALE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 BEMM | 12 ARTI <input type="checkbox"/> SPINALE |
| ANTRAGO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13 LESIONI/CONTUSIONI CON LA VITA | 13 PROTEZIONE TERMICA |
| ASSENTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14 INDEBITTO | |
| OUTE | | | | 15 RICERTRATO | PRELIDI UTILIZZATI |
| CALDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16 ESTERAZIONE 400-500 | <input type="checkbox"/> SOLLEVA SERVICIALE |
| FRESCA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17 ACCESSO OFFICILE | <input type="checkbox"/> SHELIA CASH/CHIO |
| MOSEA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18 PRESSIONE UCCEDUTI | <input type="checkbox"/> SANGUIA SPINALE |
| DIANTICA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19 VITULITA ASSENTE | <input type="checkbox"/> MEDICAZIONE DEPRESSORE |
| PIUCCA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20 SENSIBILITA ASSENTE | <input type="checkbox"/> SINTOMAZIONE |
| BLUATA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> STRECCOBEDIA |
| | | | | | <input type="checkbox"/> FILI D'ORO/FERITI |
| | | | | | <input type="checkbox"/> MASCA EMOGASTICA |

APPRETO SANIDISOROLATORIO (ACS)

BIT. ARIA: EVACUATO ALITO DI _____ BITO: TRASPORTO CON RCP
 BIT. O: NOSTIA IN CARO ACCUANTANTE IL TRASPORTO DEBOLTO
 FC: INIEO RCP ORE _____ NR. BHOCK: _____ RORC ORE _____
 PL: _____
 TEVIR CI: _____

NOTE (ANAMNESI AMPHA)

DESTINAZIONE E COGICI DI INTERVENTO

AGENZIA/ISTITUTO: _____ INVIO: M A D R
 PRONTO SOCCO: _____ TI RISULTO: M B R S
 ORA ATTIVAZIONE: _____ TRAPIORTO: M B R S

IN MATERIA SEMPLIFICAZIONE



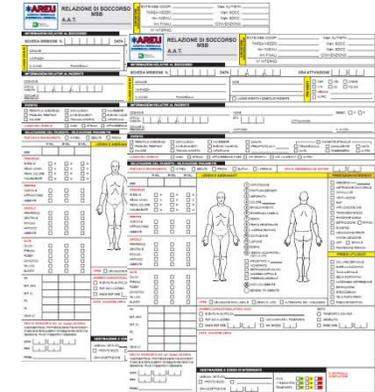
AAT

www.areu.lombardia.it

La Relazione di soccorso MSB
(d'ora in avanti "Relazione MSB")
dovrà essere compilata
per ogni Paziente soccorso
(non dovrà quindi essere compilata in caso di
eventi interrotti) anche in caso di soccorsi
gestiti insieme a MSA e/o MSI.

In questo caso, la Relazione MSB dovrà comunque essere compilata e
dovrà descrivere le prestazioni effettuate (e non riportare la generica
dicitura "Vedi Relazione MSA/MSI").

La Relazione di soccorso MSB si compone di 2 copie.



La **prima copia** dovrà essere consegnata all'Azienda/Istituto verso cui viene trasportato il Paziente (Pronto Soccorso o altra Struttura) o al Paziente stesso in caso di rifiuto trasporto.*
La **seconda copia** dovrà essere conservata dall'Associazione presso la propria sede per un tempo minimo di 5 anni.

* In caso di decesso del Paziente, la Relazione MSB dovrà essere allegata alla constatazione di decesso (riportata nella Relazione MSA/MSI, nella documentazione del medico di Continuità Assistenziale o di altro medico intervenuto).

Eventuali rettifiche o integrazioni alla Relazione MSB, una volta separate le due copie, dovranno essere eccezionali e saranno possibili solo attraverso la redazione, da parte del compilatore, di una dichiarazione aggiuntiva (firmata e datata nel momento della sua redazione). Tale dichiarazione, in cui dovranno essere descritte le rettifiche e le integrazioni e i motivi che le hanno generate, dovrà essere tempestivamente trasmessa alla COEU di riferimento (= COEU titolare dell'evento).

Principi generali di compilazione



La Relazione di soccorso MSB dovrà essere compilata da un componente dell' équipe di soccorso



La Relazione dovrà essere compilata in stampatello e in modo ordinato



Tutti i dati e le informazioni dovranno essere registrati contestualmente al loro verificarsi o in un momento immediatamente successivo

Principi generali di compilazione



Riportare gli orari relativi alle rilevazioni effettuate (rif. Parametri vitali)



In caso di errore, il testo errato dovrà essere annullato con una riga in modo da risultare visibile (non utilizzare il “bianchetto”!!!)



Il compilatore dovrà indicare la propria matricola eventualmente accompagnata da firma o sigla nell'apposito spazio (in basso a destra)



Relazione di soccorso MSB

Informazioni relative al Paziente - Evento

| INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--------------------|
| COGNOME _____ | NOME _____ | SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA DI NASCITA <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ETÀ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> | | | | CITTADINANZA _____ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMUNE DI RESIDENZA _____ | VIA/PIAZZA _____ | N. CIVICO _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EVENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PERDITA DI COSCIENZA | <input type="checkbox"/> CONVULSIONI | <input type="checkbox"/> MALESSERE | <input type="checkbox"/> CADUTA | <input type="checkbox"/> INCIDENTE STRADALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PROBLEM. RESPIRAT. | <input type="checkbox"/> AVVELENAMENTI | <input type="checkbox"/> EVENTO VIOLENTO | <input type="checkbox"/> PRECIPITATO DA m _____ | <input type="checkbox"/> PEDONE/CICLO | <input type="checkbox"/> CONDUCENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> MALORE | <input type="checkbox"/> TRAVAGLIO/PARTO | <input type="checkbox"/> INFORTUNIO | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> AUTO | <input type="checkbox"/> PASSEGGERO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LUOGO DELL'EVENTO | <input type="checkbox"/> CASA | <input type="checkbox"/> STRADA | <input type="checkbox"/> UFFICI/ESERCIZI PUBBL. | <input type="checkbox"/> IMP. SPORTIVI | <input type="checkbox"/> IMP. LAVORATIVI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



AAT

Relazione di soccorso MSB

Valutazione del Paziente – Rilevazione parametri (1)

| VALUTAZIONE DEL PAZIENTE - RILEVAZIONE PARAMETRI | | | |
|---|--|--|---|
| POSTURA DI RINVENIMENTO <input type="checkbox"/> IN PIEDI <input type="checkbox"/> SEDUTA <input type="checkbox"/> PRONA <input type="checkbox"/> SUPINA <input type="checkbox"/> LATERALE | | | ORA DI INSORGENZA DEI SINTOMI <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> |
| 1 ^a VAL. | 2 ^a VAL. | 3 ^a VAL. | LESIONI E AGGRAVANTI |
| ORE COSCIENZA SVEGLIO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A REAG. CHIAM. <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> V REAG. DOLORE <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> P INCOSCIENTE <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U RESPIRO NORMALE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIFFICOLTOSO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ASSENTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CIRCOLO PERIFERICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CENTRALE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RITMICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ARITMICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ASSENTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CUTE CALDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FREDDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ROSEA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CIANOTICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PALLIDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SUDATA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  <ol style="list-style-type: none"> 1 AMPUTAZIONE 2 FRATTURA ESPOSTA 3 DEFORMITÀ 4 DOLORE _____ 5 SANGUINAMENTO 6 EMORRAGIA MASSIVA 7 FERITA 8 FERITA PENETRANTE 9 LACERAZ./SCHIACC. 10 CONTUSIONE 11 USTIONE 12 EDEMA 13 LESIONI INCOMPATIBILI CON LA VITA <input type="checkbox"/> PROIETTATO m _____ <input type="checkbox"/> INCASTRATO <input type="checkbox"/> ESTRICAZIONE >20 MIN. <input type="checkbox"/> ACCESSO DIFFICILE <input type="checkbox"/> PRESENZA DECEDUTI <input checked="" type="checkbox"/> MOTILITÀ ASSENTE <input type="checkbox"/> SENSIBILITÀ ASSENTE | PRESTAZIONI/INTERVENTI <input type="checkbox"/> OSSIGENO l/min _____ <input type="checkbox"/> ASPIRAZIONE CAVO ORALE <input type="checkbox"/> CANNULA OF <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> APPLICAZIONE DAE <input type="checkbox"/> TRASMISSIONE ECG <input type="checkbox"/> RIMOZIONE CASCO <input type="checkbox"/> ESTRICAZIONE (<input type="checkbox"/> RAPIDA) <input type="checkbox"/> EMOSTASI <input type="checkbox"/> MEDICAZIONE FERITE IMMOBILIZZAZIONE: <input type="checkbox"/> ARTI <input type="checkbox"/> SPINALE <input type="checkbox"/> PROTEZIONE TERMICA PRESIDI UTILIZZATI <input type="checkbox"/> COLLARE CERVICALE <input type="checkbox"/> BARELLA CUCCHIAIO <input type="checkbox"/> TAVOLA SPINALE <input type="checkbox"/> SEDIA PORTANTINA <input type="checkbox"/> MATERASSO DEPRESSIONE <input type="checkbox"/> ESTRICATORE <input type="checkbox"/> STECCOBENDA <input type="checkbox"/> TELO PORTA FERITI <input type="checkbox"/> FASCIA EMOSTATICA | |
| CPSS <input type="checkbox"/> DEVIAZIONE RIMA LABIALE <input type="checkbox"/> SEGNI DI LATO <input type="checkbox"/> ALTERAZIONI DEL LINGUAGGIO | | | |

Relazione di soccorso MSB

Rilevazione parametri (2)

| | 1 ^a VAL. | 2 ^a VAL. | 3 ^a VAL. |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| ORE | | | |
| FR | | | |
| SAT. ARIA | | | |
| SAT. O ₂ | | | |
| FC | | | |
| PA | | | |
| TEMP. C° | | | |

Rilevazione parametri:

- Frequenza respiratoria (FR)
- Saturazione in aria (Sat. aria)
- Saturazione in ossigeno (Sat. O₂)
- Frequenza cardiaca (FC)
- Pressione arteriosa (PA)
- Temperatura (Temp. C°) *

* eventuale

Relazione di soccorso MSB

CPSS (Cincinnati Prehospital Stroke Scale)

CPSS DEVIAZIONE RIMA LABIALE SEGNI DI LATO ALTERAZIONI DEL LINGUAGGIO

CPSS: valutare se presenti:

- una deviazione della rima labiale (“bocca storta”)
- alterazione della motilità di uno o più arti (segni di lato)
- difficoltà nell’articolare la parola (alterazioni del linguaggio).

Relazione di soccorso MSB

ACC (Arresto cardiocircolatorio)

| ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO (ACC) | | ESITO |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> EVENTO RILEVATO DA _____ | | <input type="checkbox"/> TRASPORTO CON RCP |
| <input type="checkbox"/> RCP GIÀ IN CORSO | <input type="checkbox"/> ACC DURANTE IL TRASPORTO | <input type="checkbox"/> DECEDUTO |
| <input type="checkbox"/> INIZIO RCP ORE: [] [] : [] [] | <input type="checkbox"/> NR. SHOCK [] [] | <input type="checkbox"/> ROSC ORE: [] [] : [] [] |

Evento rilevato da: specificare il soggetto/i soggetti che hanno assistito all'evento

RCP già in corso: RCP iniziata sul posto da astanti

Inizio RCP ore ...: ora di inizio della RCP da parte dell'équipe MSB

ACC durante il trasporto: ACC che si verifica durante il trasporto del Paziente dal luogo dell'evento all'ospedale

Nr. Shock numero di shock eseguiti durante le manovre di BLS

Trasporto con RCP: trasporto in ospedale con RCP in corso

Deceduto: constatato il decesso da un medico o presenza di cause evidenti di morte

ROSC ore: ora della ripresa del circolo spontaneo

Relazione di soccorso MSB

Anamnesi AMPIA

NOTE / ANAMNESI AMPIA

AMPIA

A - Allergie

M - Medicine

P - Patologie

I - Ingestione di alimenti

A - Altre informazioni

Relazione di soccorso MSB

Rifiuto trasporto

RIFIUTO TRASPORTO (Rif. Istr. Operat. 05 AREU)
Io sottoscritto/a, informato/a delle mie condizioni di salute e delle possibili conseguenze della mia decisione, rifiuto il trasporto in ospedale.

DATA: : :

ORA: :

FIRMA _____

Firma del Paziente o del
soggetto avente diritto
(genitori, tutore ...)

Relazione di soccorso MSB

Rifiuto trasporto

Indicazioni generali:

- l'équipe MSB, prima di allontanarsi dalla persona soccorsa, contatta la COEU per comunicare la volontà della stessa di rifiutare il trasporto
- l'équipe MSB comunica alla COEU le condizioni della persona soccorsa e le informazioni logistiche di interesse (es. è sola in casa)
- (la COEU gestisce il rifiuto trasporto come da istruzione operativa)
- l'équipe MSB richiede alla persona soccorsa di firmare la Relazione MSB
- una volta firmata la Relazione MSB, l'équipe MSB consegna alla persona soccorsa l'originale della Relazione e trattiene la copia.

L'équipe MSB deve sempre seguire le indicazioni della COEU!

Relazione di soccorso MSB

Destinazione e codici di intervento

| DESTINAZIONE E CODICI DI INTERVENTO | |
|--|---|
| AZIENDA/ISTITUTO _____ | INVIO <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> R |
| <input type="checkbox"/> PRONTO SOCC. <input type="checkbox"/> _____ | 1° RISCONTRO <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> R |
| ORA ACCETTAZIONE [] : [] | TRASPORTO <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> R |

Indicare la struttura di accesso, se diversa dal Pronto Soccorso (es. UTIC, Emodinamica ...)

Nota
Non riportare il codice di trasporto in caso di rifiuto trasporto!

