

Le nuove Relazioni di soccorso MSB regionali

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

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

INFORMAZIONI RELATIVE AL SOCCORSO

SCHEDA MISSIONE N. _____ DATA _____ ORA ATTIVAZIONE _____

CONDIZIONE: _____ SOSTA: _____
 LOCALITÀ: _____
 AL DIVO: _____ PAVO SOSTA: _____
 LUGLIO EVENTO + COMPLESSO PAZIENTE

INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE

COGNOME: _____ NOME: _____ SESSO: M F
 NAZIONALITÀ: _____ ETÀ: _____ CITTADINANZA: _____
 DIVISIONE DI RESIDENZA: _____ VIA/PIAZZA: _____ N. DIVO: _____

EVENTO

INCENDIO COCCOLATA CONTUSIONI MALVERBARE CADUTA INCIDENTE STRADALE
 PROBLEMI RESPIRAT AVVELENAMENTI EVENTO VIOLENTO PRECIPITATO DA H PREDICHIOLLO COLGENTE MOTO
 MALORE TRAVAGLIORATO INFORTUNO ALTO PASSEGGERO ALTRO

CAUSABILITÀ CASO SPINOC OPPRESSIONE PUBE IMP SPONTANEO IMP LAZIORETTI ALTRO

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE - LESIONI E PARAMETRI

POSTURA DI RACCOMANDO: IN PEDI SEDETA PRONA ALFIPA LATERALE ORA DI INSERENZA DEI BIMOM: _____

DIRE	M VAL	A VAL	S VAL	LESIONI E AGGRAVANTI	PRESTAZIONI/INTERVENTI
CONSAZIA				1 AMPUTAZIONE	1 DEBRIVO / 1111
FRIGIDITÀ				2 FRACTURA ESPOSTA	2 ABRASIONE CARO ORALE
MEAG. CHIAM.	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	3 DEFORMITÀ	3 ANALLA VIF
MEAG. DOLORE	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> V	4 DOLORE	4 VENTILAZIONE
INDICAZIONE	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P	5 SANGUINAMENTO	5 RCP
	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> U	6 EMOGRAMMA/MASSA/VA	6 AMPUTAZIONE DUE
				7 FERITA	7 TRASSIBIONE EGG
				8 FERITA PENETRANTE	8 INVICIONE CARIC
				9 LESIONE SCHIACO	9 SINTOMAZIONE <input type="checkbox"/> NANO
				10 CONTUSIONE	10 SINGRABI
				11 LESIONE	11 MEDICAZIONE FERITE
				12 BURN	12 INVICIONE
				13 LESIONI/CONTUSIONI CON LA VITA	13 ARTI <input type="checkbox"/> SPINALE
				14 INDEBITTO	14 PROTEZIONE TERMICA
				15 RICERTRATO	
				16 ESTERAZIONE 400-500	
				17 ACCESSO OFFICILE	
				18 PRESSIONE DEBOLTA	
				19 VITULITÀ ASSENTE	
				20 SENSIBILITÀ ASSENTE	
				21	
				22	
				23	
				24	
				25	
				26	
				27	
				28	
				29	
				30	
				31	
				32	
				33	
				34	
				35	
				36	
				37	
				38	
				39	
				40	
				41	
				42	
				43	
				44	
				45	
				46	
				47	
				48	
				49	
				50	
				51	
				52	
				53	
				54	
				55	
				56	
				57	
				58	
				59	
				60	
				61	
				62	
				63	
				64	
				65	
				66	
				67	
				68	
				69	
				70	
				71	
				72	
				73	
				74	
				75	
				76	
				77	
				78	
				79	
				80	
				81	
				82	
				83	
				84	
				85	
				86	
				87	
				88	
				89	
				90	
				91	
				92	
				93	
				94	
				95	
				96	
				97	
				98	
				99	
				100	

PRESTAZIONI UTILIZZATE

COLLARE CERVICALE TRASPORTO CON RCP
 SHELLE CASCINOC DEBOLTO
 SVALIGIA SPINALE ACCOMPAGNATE IL TRASPORTO
 SVALIGIA SPINALE DEBOLTO
 MED. PORTANTIA NA. SHOCK ROCC DUE _____
 INTERASSO DEPRESSIONE SINTIGAZIONE _____
 STRECCOBANDA _____
 FILI D'ORO FERITI _____
 MASCA EMOGASTICA _____

INFERTE SANIDISOROLAZIONE (ACS)

EVITATO IL LATO DI _____ TRASPORTO CON RCP
 NODIA IN CORBO ACCOMPAGNATE IL TRASPORTO DEBOLTO
 INERO RESP DUE NA. SHOCK ROCC DUE _____

NOTE (ANAMNESI AMPHA)

DESTINAZIONE E CODICI DI INTERVENTO

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

IN MATERIA SEMPLIFICAZIONE



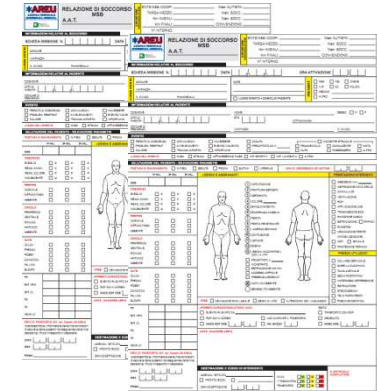
AAT

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

Intestazione e informazioni relative al soccorso

	RELAZIONE DI SOCCORSO MSB A.A.T. _____		DATI INTERINI ENTE/ASS./COOP.	ENTE/ASS./COOP.: _____	Matr. AUTISTA: _____
				TARGA MEZZO: _____	Matr. SOCC.: _____
			Km INIZIALI: _____	Matr. SOCC.: _____	
			Km FINALI: _____	CONVENZIONE: _____	
			N° INTERNO: _____		
INFORMAZIONI RELATIVE AL SOCCORSO					
SCHEDA MISSIONE N. _____		DATA _____/_____/_____	ORA ATTIVAZIONE _____:_____:_____		
LUOGO EVENTO	COMUNE _____		NOTE _____	PRESENTI	<input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MBI <input type="checkbox"/> CNSAS
	VIA/PIAZZA _____				<input type="checkbox"/> VVF <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> POLIZIA
	N. CIVICO _____	PIANO/SCALA _____			<input type="checkbox"/> MEDICO _____
			<input type="checkbox"/> LUOGO EVENTO = DOMICILIO PAZIENTE	<input type="checkbox"/> ALTRO _____	

Spazio dedicato alle Associazioni di Soccorso (la compilazione è facoltativa)

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; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 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; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 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; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 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	PRESTAZIONI/INTERVENTI	
ORE _____							
COSCIENZA							
SVEGLIO	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A				<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
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"/>				
CPSS <input type="checkbox"/> DEVIAZIONE RIMA LABIALE <input type="checkbox"/> SEGNI DI LATO <input type="checkbox"/> ALTERAZIONI DEL LINGUAGGIO						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	

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!

