

DATI INTERNI
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 _____ VIA/PIAZZA _____ NOTE _____
 N. CIVICO _____ PIANO/SCALA _____
 LUOGO EVENTO = DOMICILIO PAZIENTE

PRESENTI
 MSA MSI CNSAS
 VVF CC POLIZIA
 MEDICO _____
 ALTRO _____

INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____ SESSO M F
 DATA DI NASCITA _____/_____/_____ ETÀ _____ CITTADINANZA _____
 COMUNE DI RESIDENZA _____ VIA/PIAZZA _____ N. CIVICO _____

EVENTO

PERDITA DI COSCIENZA CONVULSIONI MALESSERE CADUTA INCIDENTE STRADALE
 PROBLEM. RESPIRAT. AVVELENAMENTI EVENTO VIOLENTO PRECIPITATO DA m _____ PEDONE/CICLO CONDUCENTE MOTO
 MALORE TRAVAGLIO/PARTO INFORTUNIO AUTO PASSEGGERO ALTRO

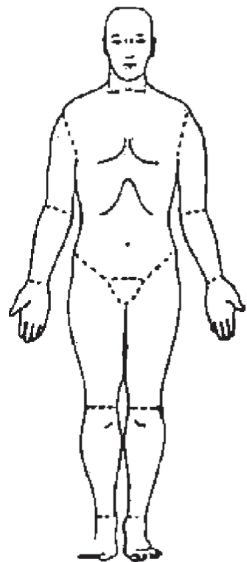
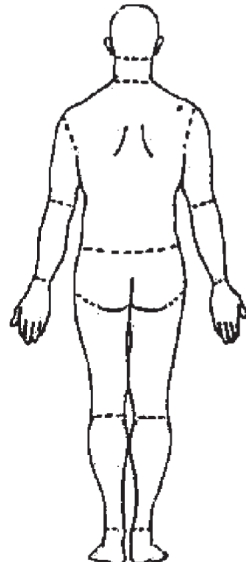
LUOGO DELL'EVENTO CASA STRADA UFFICI/ESERCIZI PUBBL. IMP. SPORTIVI IMP. LAVORATIVI ALTRO:

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE - RILEVAZIONE PARAMETRI

POSTURA DI RINVENIMENTO IN PIEDI SEDUTA PRONA SUPINA LATERALE **ORA DI INSORGENZA DEI SINTOMI** _____:_____:_____

1ª VAL. **2ª VAL.** **3ª VAL.** **LESIONI E AGGRAVANTI** **PRESTAZIONI/INTERVENTI**

ORE	1ª VAL.	2ª VAL.	3ª VAL.
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"/>

- 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

PROIETTATO m _____
 INCASTRATO
 ESTRICAZIONE >20 MIN.
 ACCESSO DIFFICILE
 PRESENZA DECEDUTI

MOTILITÀ ASSENTE
 SENSIBILITÀ ASSENTE

CPSS DEVIAZIONE RIMA LABIALE SEGNI DI LATO ALTERAZIONI DEL LINGUAGGIO

- OSSIGENO l/min _____
- ASPIRAZIONE CAVO ORALE
- CANNULA OF
- VENTILAZIONE
- RCP
- APPLICAZIONE DAE
- TRASMISSIONE ECG
- RIMOZIONE CASCO
- ESTRICAZIONE (RAPIDA)
- EMOSTASI
- MEDICAZIONE FERITE
- IMMOBILIZZAZIONE:
- ARTI SPINALE
- PROTEZIONE TERMICA

- PRESIDI UTILIZZATI**
- COLLARE CERVICALE
 - BARELLA CUCCHIAIO
 - TAVOLA SPINALE
 - SEDIA PORTANTINA
 - MATERASSO DEPRESSIONE
 - ESTRICATORE
 - STECCOBENDA
 - TELO PORTA FERITI
 - FASCIA EMOSTATICA

FR			
SAT. ARIA			
SAT. O ₂			
FC			
PA			
TEMP. C°			

ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO (ACC) **ESITO**

EVENTO RILEVATO DA _____ TRASPORTO CON RCP
 RCP GIÀ IN CORSO ACC DURANTE IL TRASPORTO DECEDUTO
 INIZIO RCP ORE _____:_____:_____ NR. SHOCK _____ ROSC ORE: _____:_____:_____

NOTE / ANAMNESI AMPIA

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 _____

DESTINAZIONE E CODICI DI INTERVENTO

AZIENDA / ISTITUTO _____
 PRONTO SOCC. _____
 ORA ACCETTAZIONE _____:_____:_____

INVIO
 1° RISCONTRO V G R
 TRASPORTO V G R

N. MATRICOLA COMPILATORE _____

Fac simile