

Dati servizio			
CROCE ROSSA ITALIANA Associazione COMITATO LOCALE Lungarno Soderini N. 11 50124 FIRENZE PIVA 06418660485			
ID Missione	19182070		
Data	14/09/2019		
Km alla partenza	89050		
Km al rientro	89059		
Sigla / Targa mezzo di soccorso	CRI 475 AD		
Tipologia mezzo di soccorso	M5B		
Partenza dalla sede op.?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
ORARI INDICATIVI			
Ora Inizio Missione	11:44	Ora Arrivo Obiettivo	11:50
Ora Partenza Ob.	12:09	Ora Arrivo Destinazione	12:26
Ora Fine Missione	12:44	Ora Libero in Sede	12:58
Intervento con ALS?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Trasporto in ospedale		R G <input checked="" type="checkbox"/>	
Classe di patol. ipotizzata dalla CO 118 di rientro:		C0104	
Ospedale di destinazione		SMN	
Reparto		DEA	
Numero di Triage PS		027947	
<input type="checkbox"/> Trattamento sul posto senza trasp.			
<input type="checkbox"/> Missione annullata			
<input type="checkbox"/> Decesso			
<input type="checkbox"/> Rifiuto trasporto/trattamento			
Firma paziente			
Firma testimone			
Dinamica riferita:			
<input type="checkbox"/> Non definita <input type="checkbox"/> Precipitato < 3 mt. <input type="checkbox"/> Precipitato > 3 mt. <input type="checkbox"/> Aggressione <input type="checkbox"/> Arma bianca <input type="checkbox"/> Arma da fuoco <input type="checkbox"/> Violenza sessuale <input type="checkbox"/> Morso di animale <input type="checkbox"/> Esplosione <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Incidente auto <input type="checkbox"/> Incidente moto <input type="checkbox"/> Incidente mezzo pesante <input type="checkbox"/> Incidente bicicletta <input checked="" type="checkbox"/> Incidente pedone <input type="checkbox"/> Proiettato <input type="checkbox"/> Incastrato <input type="checkbox"/> Tuffo/immersione <input type="checkbox"/> Altra dinamica <input type="checkbox"/> Soccorso a persona			

REGGIO TOSCANA	
TRASPORTO PRIMARIO DI EMERGENZA	
Dati missione	Luogo d'intervento
VIA OTAVIO RINUCCINI 17	
Nominativo	Codici di attivazione
SC 01 6	
Dati anagrafici	
Nome e Cognome ROSSI FALCHI	
Indirizzo VIA O. RINUCCINI 17	Comune FIRENZE
M	R
Data di nascita 10/01/1927	Comune/Stato di nascita FIRENZE
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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> VIE AEREE PERVIE SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
B (breathing) PZ. RESPIRA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FREQ. RESP.: _____ ATTI/MIN.	
COME RESPIRA? NORMALE <input checked="" type="checkbox"/> DISPNEA <input type="checkbox"/> RESPIRO RUMOROSO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SAT. O ₂ : 91 % → SAT. CON O ₂ : _____ % (O ₂ : _____ LT/MIN.)	
C (circulation) P.A.: 140 / 90 mmHg F.C.: 126 BATT./MIN.	
EMORRAGIE: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> POLSO RADIALE: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> REGOLARE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COLORITO CUTANEO: NORMALE <input checked="" type="checkbox"/> CIANOTICO <input type="checkbox"/> ROSSASTRO <input type="checkbox"/> PALLIDO <input type="checkbox"/>	
PZ. SUDATO: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> DOL. TORACICO? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> → Data e ora d'insorgenza riferita	
D (disability) A <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
DATA E ORA RIFERITA D'INSORGENZA DEI SINTOMI:	
Mimica facciale (fai mostrare i denti al pz. e fallo sorridere): <input checked="" type="checkbox"/> Normale: i due lati del volto si muovono bene allo stesso modo. <input type="checkbox"/> Anormale	
Spostamento delle braccia (il pz. chiude gli occhi e distende le due braccia): <input checked="" type="checkbox"/> Normale: le due braccia si muovono allo stesso modo. <input type="checkbox"/> Anormale	
Linguaggio (fai dire al pz. "Non puoi insegnare trucchi nuovi a un cane vecchio"): <input checked="" type="checkbox"/> Normale: il paziente usa le parole correttamente senza intoppi. <input type="checkbox"/> Anormale	
E (exposure) POSIZIONE DEL PZ. ALL'ARRIVO: <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Supino <input checked="" type="checkbox"/> Incastrato <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Sul fianco	
PATOLOGIE RIFERITE: /	
ALLERGIE RIFERITE: <input checked="" type="checkbox"/> Non note <input type="checkbox"/> Note	
RIFERITA ASSUNZIONE DI FARMACI? <input type="checkbox"/> CANDIDOASPIRINA	
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 checked="" 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 checked="" 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"/> 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: _____	
Autista ANDREONI	Equipaggio PRATESI TOSERI GAGLIANO ALMI
SEGNARE: + EMORRAGIA # DOLORE / USTIONE	
20,24	