

**Dati servizio**  
**COMITATO ROSSA ITALIANA**  
 Lungarno Soderini N. 11  
 50124 FIRENZE  
 P.IVA 06418560485

**ID Missione**  
 19182070

**Data**  
 14/09/2019

**Km alla partenza**  
 99050

**Km al rientro**  
 99059

**Sigla / Targa mezzo di soccorso**  
 CRI 475 AD

**Tipologia mezzo di soccorso**  
 105

**Partenza dalla sede op.?** SI ☒ NO ☐

**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 ☐ NO ☐

☐ Trasporto in ospedale R ☐ G ☒

**Classe di patol. ipotizzata dalla CO 118 di rientro:** C0104

**Ospedale di destinazione** SMN

**Reparto** DEA

**Numero di Triage PS** 027947

☐ 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  
 VIA OTAVIO RINUCCINI 17

**Nominativo**

**Codici di attivazione**  
 SC 01 6

**Dati anagrafici**  
 Nome e Cognome  
 ROSA FALCHI

**Indirizzo**  
 VIA O. RINUCCINI 17

**Comune**  
 FIRENZE

**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
						<input checked="" type="checkbox"/>

**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. O<sub>2</sub> : 91 % → SAT. CON O<sub>2</sub> : \_\_\_\_\_ % (O<sub>2</sub> : \_\_\_\_\_ LT/MIN.)

**C (circulation)** P.A. : 140 / 70 mmHg F.C. : 126 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 ☐ → \_\_\_\_\_

**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: ☐ In piedi ☐ Supino ☒ Incastrato  
☐ Seduto ☐ Prono ☐ Sul fianco

**PATOLOGIE RIFERITE:** \_\_\_\_\_

**ALLERGIE RIFERITE:** ☒ Non note ☐ Note \_\_\_\_\_

**RIFERITA ASSUNZIONE DI FARMACI?** CANTOASPIRINA

**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"/>	<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 TODERI GAGLIANO ALVORI

**SEGNARE:**  
 + EMORRAGIA  
 # DOLORE  
 / USTIONE