

Dati servizio
FORTE ROSSA ITALIANA
 Associazione
COMITATO LOCALE
 Lungarno Soderini N. 11
 50124 FIRENZE
 P.IVA 06418560485

ID Missione
 18120440

Data
 18/06/2018

Km. alla partenza
 41827

Km. al rientro
 41837

Sigla / Targa mezzo di soccorso
 CRI 502AB

Tipologia mezzo di soccorso
 DELTA 01

Partenza dalla sede op.? ☐ SI ☐ NO ☐

ORARI INDICATIVI

Ora Inizio Missione 8.51	Ora Arrivo Obiettivo 8.57
Ora Partenza Ob. 9.12	Ora Arrivo Destinazione 9.21
Ora Fine Missione 9.37	Ora Libero in Sede 9.47

Intervento con ALS? ☐ SI ☐ NO ☐

☐ Trasporto in ospedale ☐ R ☐ G ☐ V

Classe di patol. ipotizzata dalla CO 118 di rientro: C0401

Ospedale di destinazione: TORRE GALLI

Reparto

Numero di Triage-PS
 V 23038

☐ 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

Dati missione
REGIONE TOSCANA
TRASPORTO PRIMARIO DI EMERGENZA

Luogo d'intervento
 V. A. DEL POLLICCO

Nominativo

Codici di attivazione
 50016

Dati anagrafici

Nome e Cognome
 ECATERINA POPESCU

Indirizzo
 V. GRADSCI 25

Comune
 SESTO FI

Data di nascita
 1.11.1962

Comuna/Stato di nascita
 ROMANIA

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
 CITT. ROMANIA

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. O₂ : 99 % → SAT. CON O₂ : ____ % (O₂ : ____ LT/MIN.)

C (circulation) P.A. : 130/75 mmHg F.C. : 84 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 ☐ →

Data e ora d'insorgenza riferita

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:**

<input type="checkbox"/> In piedi	<input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> Incastrato
<input type="checkbox"/> Seduto	<input type="checkbox"/> Prono	<input type="checkbox"/> Sul fianco

PATOLOGIE RIFERITE: _____

ALLERGIE RIFERITE: ☐ Non note ☐ Note _____

RIFERITA ASSUNZIONE DI FARMACI? _____

MANOVRE EFFETTUATE:

<input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree	<input checked="" 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 checked="" 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? <input type="checkbox"/> 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
 PIRODDI

Equipaggio
 MECHI SBORI FAMA KANNOZ



SEGNARE:
 + EMORRAGIA
 # DOLORE
 / USTIONE



STUDIO LEGALE

AVV. SARA LORI

VIALE BELFIORE N 10 – 50144 FIRENZE

TEL./FAX: 055/234.71.14

Spett.le

CROCE ROSSA ITALIANA

Comitato locale

Lungarno Soderini n 11

50124 Firenze

Firenze, 25 giugno 2018

**Oggetto: richiesta accesso atti ex art 24, co 2, L. 241/90 – copia relazione
intervento del 18.06.18 ore 9.00/9.30 in Firenze.**

Ecaterina Popescu nata il 01.11.1962 C.F. PPSCRN62S41Z129E

La presente per richiedere copia della relazione di intervento da Voi eseguita in data 18.06.18 in Via A. del Pollaiuolo, cod attivazione SC 016 mezzo di soccorso Delta 01 tg CRI508AE (missione 18120440) arrivo ore 8.57, a favore della mia assistita Sig.ra Ecaterina Popescu, al fine di chiedere risarcimento di tutte le lesioni patite e patienti a causa del sinistro occorso agli individuati responsabili.

Si richiede, inoltre, nominativo e numero telefonico della persona che ha eseguito la chiamata di intervento al 118, ai fini della testimonianza di quanto accaduto nell'evento sopra descritto.

In attesa di ricevere quanto richiesto nel più breve tempo possibile, ringrazio per la collaborazione e porgo distinti saluti.

Avv. Sara Lori

per ratifica e autorizzazione alla richiesta

Ecaterina Popescu

Dati servizio
FORNITORE ROSSA ITALIANA
 Comitato Locale
 Lungarno Soderani N. 11
 50124 FIRENZE
 P.IVA 06418560485

ID Missione
 18120440

Data
 18/06/2018

Km alla partenza
 41824

Km al rientro
 41824

Sigla / Targa mezzo di soccorso
 CR1502AB

Tipologia mezzo di soccorso
 DELTA01

Partenza dalla sede op.? ☐ SI ☐ NO

ORARI INDICATIVI
Ora Inizio Missione 8.51 **Ora Arrivo Obiettivo** 8.57

Ora Partenza Op. 7.12 **Ora Arrivo Destinazione**

Ora Fine Missione 8.57 **Ora Libero in Sede**

Intervento con ALS? ☐ SI ☐ NO

☐ Trasporto in ospedale ☐ R ☐ G ☐ V

Classe di patol. ipotizzata dalla CO 118 di rientro: C0401

Ospedale di destinazione
 TORREBACCIA

Reparto

Numero di Triage PS
 V23038

☐ 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
 V. A. DEL POLLICCO

Nominativo
Codici di attivazione
 59016

Dati anagrafici
Nome e Cognome
 ECATERINA POPESCU

Indirizzo
 U. GRAPSCI 25 **Comune**
 SESTO FI

Data di nascita
 11/11/1962 **Comune/Stato di nascita**
 ROMANIA

Situazione all'arrivo
 CITT. ROMANIA

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. O₂: 99% → **SAT. CON O₂:** _____% (O₂: _____ LT/MIN.)

C (circulation) P.A.: 130/75 mmHg F.C.: 94 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** ☐ In piedi ☐ Supino ☐ Incastrato
PZ. ALL'ARRIVO: ☐ Seduto ☐ Prono ☐ Sul fianco

PATOLOGIE RIFERITE:

ALLERGIE RIFERITE: ☐ Non note ☐ Note

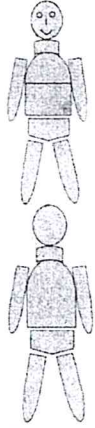
RIFERITA ASSUNZIONE DI FARMACI?

MANOVRE EFFETTUATE:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree | <input checked="" 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 checked="" 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? <input type="checkbox"/> 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
 PIRODDI **Equipaggio**
 MECHI, SEBORI, FAMA, RAPUZZI



SEGNARE:
 + EMORRAGIA
 # DOLORE
 / USTIONE