

N.ro Missione **BR** - **2021** - **123456** - **0**

Provincia: **BR** Postazione: **PM-BRINDISI** Codice Mezzo: **BRXXX** Data: **10/03/2021**
 Luogo dell'evento: **VIA ASPROMONTE 3 -- BRINDISI (BR)**

Motivo **TRAUMA**

Codice di criticità **Bianco** **Verde** **Giallo** **X** **Rosso**

Dinamica: **MINORE;INCIDENTE AUTO;CON CINTURA SICUREZZA**

Cognome: **ROSSI** Nome: **MARIO** Sesso: M F NR

Data di Nascita: **17/12/1990** Età: **30 ANNI** Fascia età presunta: **15 - 64 ANNI** Cittadinanza: **IT**

Codice Fiscale: _____ Residenza: Comune: **sc** Prov: _____

Valutazione primaria – PARAMETRI VITALI				Valutazione Secondaria – E.O. testa-piedi			
P.A.: 150/70 F.C.: 99 F.R.: _____ Sat. 96 % T 36,0 °C				Aree anatomiche interessate dal trauma; simboli da utilizzare:			
Ritmo al monitor: _____ Glicemia: 133 mg/dl VAS: _____				Contusione V Abrasione // Ferita X			
Glasgow Coma Scale (GCS) _____ punti				Frattura Sospetta = Frattura esposta # Ustione O			
Apertura occhi		Risposta verbale		Risposta motoria		Pupille	
Spontanea	4	Orientata	5	Ubbidisce al comando	6		
Alla voce	3	Confusa	4	Localizza il dolore	5		
Al dolore	2	Inappropriata	3	Retrae al dolore	4		
Nessuna	1	Incomprensibile	2	Flette al dolore	3		
		Nessuna	1	Estende al dolore	2		
				Nessuna	1		
Revised Trauma Score: _____ punteggio (A + B + C)							
A - GCS		B - Frequenza Respiratoria		C - Pressione sistolica			
Punti 13-15	4	10-29/minuto	4	> 90 mmHg	4		
Punti 9-12	3	> 29/minuto	3	75-90 mmHg	3		
Punti 6-8	2	6-9/minuto	2	50-75 mmHg	2		
Punti 4-5	1	1-5/minuto	1	< 50 mmHg	1		
Punti 3	0	apnea	0	polso assente	0		

Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)			
Mimica facciale	I due lati del volto non si muovono allo stesso modo	SI	NO
Spostamento delle braccia	Un braccio non si muove o cade giù	SI	NO
Linguaggio	Il paziente inceppa sulla parola, usa parole inappropriate o non è in grado di parlare	SI	NO

Valutazione Sanitaria **I0** **I1** **X** **I2** **I3** **I4** **NR**

Diagnosi sul luogo: **PATOLOGIA TRAUMATICA>> ALTRA TRAUMATICA; ESCORIAZIONE GINOCCHIO DX ED ESCOIAZIONI REGIONE OCCIPITALE E PARIETALE DX E NEGA PERDIT DI COSCIENZA**

Terapia RCP [] Defibrillazione _____ N.Shock: _____ ECG-online ECG [] Pallone-maschera [] NIV []
 Disp. sovraglottico [] Intubazione [] Tavola spinale Collare cervicale KED [] SNG [] Catetere vescicale []
 Altro: **CONTROLLO SATURAZIONE O2, GLICEMIA SU SANGUE CAPILLARE, MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA SISTEMICA**

Cristalloidi (ml): _____ Colloidi (ml): _____ Infusione liquidi (totale ml): _____
 Farmaci: _____

Parametri post-trattamento P.A.: _____ / _____ F.C.: _____ F.R.: _____ Sat.: _____ Temp.: _____ °C Glicemia: _____
 VAS: _____ Ritmo Al Monitor _____ GCS: _____ RTS: _____

Codice fine missione **0 Bianco** **1 Verde** **X** **2 Giallo** **3 Rosso** **4 Nero**

Esito **Rifiuto TRASPORTO >> Motivazione: RIFIUTA CONTRO IL PARERE DEI SANITARI (rifiuto esplicito informato)**

Firma Operatore (Medico [] Infermiere [] Soccorritore <input checked="" type="checkbox"/>)	Firma (PAZIENTE) (paziente _____ firmare [])	Firma altro Operatore (MMG/PLS [] CA [] Altro [])
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Note: **REFERTO ECG ALLEGATO**