



- Il CODICE EVENTO trasmesso dalla C.O. al MS sarà sempre formato da gravità, patologia presunta e luogo: la gravità sarà rappresentata sempre dal codice colore (B=bianco, V=verde, G=giallo, R=rosso); il codice di **patologia presunta** sarà identificato con **due cifre**, (cfr. separatore della scheda ambulanza Tabella A - classe patologia PRESUNTA), il luogo rimarrà codificato come nell'attuale

- Il CODICE VALUTAZIONE ARRIVO, trasmesso alla C.O. dal MS manterrà le stesse caratteristiche del codice evento es: una lettera per la gravità B V G R N, due cifre per la patologia presunta (cfr. separatore della scheda ambulanza Tabella A - classe patologia PRESUNTA) e una lettera per il luogo

- Il CODICE VALUTAZIONE PARTENZA sarà formato dal codice di gravità più il codice di **patologia riscontrata** codificata a sua volta con più cifre numeriche (cfr. separatore della scheda ambulanza Tabella B - patologia RISCONTRATA) e dal codice di luogo che non varia

E' inoltre necessario segnalare l'eventuale **patologia secondaria** facendo riferimento alla tabella B. La compilazione avverrà con il supporto della C.O. In analogia all'attuale a seguito di descrizione di segni e/o sintomi

- Il CODICE di RILASCIO si riferisce al codice assegnato al paziente nel momento di consegna al PS e/o termine missione e sarà quindi formato dal codice di gravità più il codice di patologia riscontrata e il codice di luogo

A horizontal form with two main sections. The first section is labeled 'DINAMICA RISCONTRATA' and contains two empty square boxes. The second section is labeled 'TRIAGE' and contains a series of 15 empty square boxes.

- La DINAMICA RISCONTRATA è prevista solo in caso di trauma (cfr. separatore della scheda ambulanza Tabella C – Dinamica riscontrata)

- TRIAGE, è il numero progressivo assegnato dal PS al paziente se trasportato. Compilare tenendo l'allineamento a dx

A vertical form titled 'CODICE PROTOCOLLO'. It features three rows of checkboxes. The first row has checkboxes for 'ST' and 'BLU'. The second row has checkboxes for 'A' and 'ALTRO.....'. The third row has a checkbox for 'A' and 'ALTRO.....'. To the left of these rows are three empty circles.

- CODICE PROTOCOLLO, è prevista segnalazione in caso di riscontro di patologie per le quali è/sarà presente un protocollo specifico: ST = Stroke, BLU = Attivazione DAE, A = Allergia, Altro = futuri protocolli



- La sezione ECG prevede di indicare, una volta attivato il percorso regionale, l'ora di effettuazione dell'ECG, la avvenuta trasmissione del tracciato e la presenza di eventuali dispositivi intracardiaci rilevabili dalla documentazione del paziente o se riferiti
- nell' **ANAMNESI** crociare No se il rilievo è negativo per allergie, per assunzione di farmaci, per pregresse malattie o se digiuno superiore a 8 ore per l'adulto e il bambino e 6 ore al di sotto dei 6 anni; segnalare nello spazio tratteggiato, al contrario, i dati di rilievo e per il pasto la non rilevabilità del dato
- Sono state introdotte le scale di valutazione del dolore NRS (Numerical Rating Scale) per l'adulto e **PRS** (happy face Pain Rating Scale) per il bambino



- Vanno segnalati rispettivamente la non esigenza di effettuare manovre terapeutiche, il SUPPORTO PSICOLOGICO effettuato, la richiesta di squadre di supporto psicologico (SP) o di urgenza Psichiatrica (SUP) ove attive

<b>TRATTAMENTO</b>	<b>A</b>	<input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree <input type="checkbox"/> Cannula orofaringea	<b>C - Cardiologico</b>	<input type="checkbox"/> Compressioni toraciche	<input type="checkbox"/> Meccanica tempo RCP m' <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Collare cervicale <input type="checkbox"/> Asse spinale <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Barella a cucchiaio <input type="checkbox"/> Immobilizzatore arti <input type="checkbox"/> Materassino depressione <input type="checkbox"/> Evacuazione rapida <input type="checkbox"/> Estricazione rapida <input type="checkbox"/> Abbattimento su spinale <input type="checkbox"/> Stabilizzazione su presidio
	<b>B</b>	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia + RES O <sub>2</sub> lt / min <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Pallone - Maschera + RES O <sub>2</sub> lt / min <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Manuale tempo RCP m' <input type="text"/> <input type="text"/>	1° shock h <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Trattamento ustione <input type="checkbox"/> Trattamento amputazione <input type="checkbox"/> Prevenzione ipotermia		DAE n° shock <input type="text"/> <input type="text"/>	Recupero Funzioni Vitali <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	

- TRATTAMENTO vanno indicati i trattamenti effettuati ed in caso di utilizzo del DAE, l'ora di erogazione del 1° shock, il numero totali degli shock erogati e l'ora di recupero delle funzioni vitali

<b>DIARIO CLINICO</b>	All'arrivo		Post-trattamento e trasporto				Note generali.....
	h	h	h	h	h	h	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
AVPU							
FC (minuto <sup>-1</sup> )							
FR (minuto <sup>-1</sup> )							
SpO <sub>2</sub> (%)							
PAO (mm Hg)							
NRS/PRS (1-10)							
Temperatura (°C)							
Glicemia (mg/dl)							

- DIARIO CLINICO è possibile segnalare le modificazioni di alcuni parametri nel tempo

**Autorizzazione generale al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili che saranno raccolti (art.7 e 13 D.Lgs. 196/03)**

CONSENSO al trattamento sanitario  Esplicito  Presunto  RIFIUTO trattamento

Effetti personali/reperti.....

Consegnati a.....

FIRMA.....

Testimone

Generalità.....

FIRMA.....

Paziente o Avente Titolo

Generalità.....

FIRMA.....

- CONSENSO va indicato ai sensi del D.lgs. 196/03 se il paziente ha esplicitato o meno il proprio consenso al trattamento

SEGNI EVIDENTI di MORTE  decapitazione  
 maciullamento  
 putrefazione/mummificazione  
 carbonizzazione  
 rigidità articolare

DECESSO  Morte violenta  
 Morte naturale

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

Nome Cognome .....

N° Doc .....

RICONOSCIMENTO da parte di:

Nome Cognome .....

N° Doc .....

FIRMA .....

SALMA affidata a:

Nome Cognome .....

FIRMA .....

CONTATTATA C.O.

Data   /   /

Ora   :

- SEGNI EVIDENTI di MORTE vanno segnate le situazioni cliniche descritte nella scheda che saranno oggetto di confronto e formalizzazione con il medico di Centrale.

EQUIPAGGIO										
Codice/ Nominativo										
Codice/ Nominativo										
COMPILATORE										
Codice/ Nominativo										
Firma _____										

- FIRMA va apposta la firma in aggiunta al il numero identificativo del VS 118 che ha compilato la scheda MSB

<b style="color: red;">Trasportato</b> <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> C.A.P. <input type="checkbox"/> S.S. privata <input type="checkbox"/> R.V. <input type="checkbox"/> Obitorio <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Altro	<b style="color: red;">Trasportato da</b> <input type="checkbox"/> MSB <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MSAB <input type="checkbox"/> ELI <input type="checkbox"/> IDRO <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Mezzo proprio	<b style="color: red;">NON trasportato</b> <input type="checkbox"/> Non indicazione <input type="checkbox"/> <del>Affidato</del> C.A. <input type="checkbox"/> M.M.G. <input type="checkbox"/> C.A.P. <input type="checkbox"/> Lasciato domicilio <input type="checkbox"/> Rifiuta <input type="checkbox"/> Deceduto	<b style="color: red;">NON completato</b> <input type="checkbox"/> Annullato da C.O. <input type="checkbox"/> Avaria mezzo <input type="checkbox"/> Meteo negativo <input type="checkbox"/> Paziente non trovato <input type="checkbox"/> Paziente già evacuato <input type="checkbox"/> Target irraggiungibile <input type="checkbox"/> Target non reperito	<b style="color: red;">Altri enti</b> <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 115 <input type="checkbox"/> VVUU <input type="checkbox"/> Altro _____ _____
---	---	---	---	--

- ESITO della missione: va indicato l'esito finale della missione con la segnalazione del luogo fisico di trasporto del paziente che deve essere espresso per esteso nello spazio tratteggiato e la presenza sul posto di ev. altri Enti