PROCIVMARENO SOCCORSO - Mareno di Piave (TV) TRASOCC.AU.1.2.5 AMB

**MISSIONE** ..... **Data** .....

.....

**NR. SCHEDA INTERV. SUEM 118**

.....

ORA IN SEDE .....

ORA PARTENZA .....

ORA SUL POSTO .....

ORA IN PS/Altro .....

km Rientro | | | | | | |

km Partenza | | | | | | |

Tot. km percorsi | | | |

Ora Fine | | | | |

Ora Inizio | | | | |

Tot. ore servizio | | | | |

**AUTOMEZZO**

**PERIODO**

M P S N

COD. USCITA **V**ER **G**IA **R**OS

COD. RIENTRO 1 2 3 4

**EQUIPAGGIO**

.....

.....

.....

.....

Dati nascita/Età Telef.

Località

Via/N./Piano/Posto

**CONDIZIONI DEL SOGGETTO**

○ Deve essere prelevato e trasportato in barella

○ Cammina da solo ○ Cammina se aiutato

○ Sta seduto ○ Non cosciente

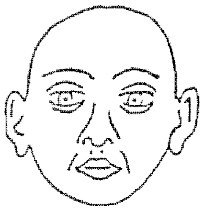
○ Ascensore ○ Scale ○ Peso kg

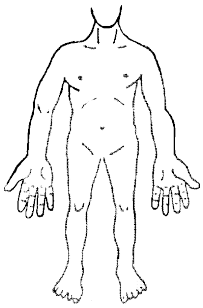
○ Diabete ○ Ossigeno ○ Neurologico

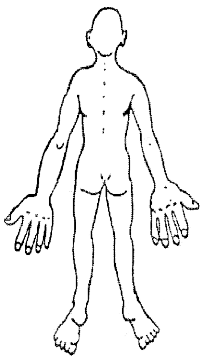
○ Cardiopatico ○ Catetere ○ PEG

○ Altro..... ○ Malattie infettive.....

Patologia/Motivo del trasporto







| **APERTURA OCCHI** | **U** | **R** | **P** | **TOT G.C.S.** |
|---|---|---|---|---|
| Spontanea | | | 4 | |
| Alla voce | | | 3 | **U** **R** |
| Al dolore | | | 2 | |
| Assente | | | 1 | |
| **RISP. VERBALE** | | | | |
| Orientata | | | 5 | |
| Confusa | | | 4 | |
| Parole improprie | | | 3 | |
| Suoni | | | 2 | |
| Nessuna | | | 1 | |
| **RISP. MOTORIA** | | | | |
| Esegue | | | 6 | |
| Localizza | | | 5 | |
| Flessione | | | 4 | |
| Flessione anomala | | | 3 | |
| Estensione | | | 2 | |
| Nessuna | | | 1 | |
| **FREQ. RESPIRATORIA** | | | | **TOT T.S.** |
| > 36 a.p.m. | | | 2 | |
| Polipnea (23 - 35) | | | 3 | **U** **R** |
| Normale (10 - 24) | | | 4 | |
| Bradipnea (1 - 9) | | | 1 | |
| Assente | | | 0 | |
| **ESPANS. TORACE** | | | | |
| Normale | | | 1 | |
| Ridotta | | | 0 | |
| **RIEMP. CAPILLARE** | | | | |
| Normale | | | 2 | |
| Ridotto | | | 1 | |
| Assente | | | 0 | |
| **PRESS. SISTOLICA** | | | | |
| > 90 mmHg | | | 4 | |
| 70 - 90 | | | 3 | |
| 50 - 70 | | | 2 | |
| < 50 | | | 1 | |
| 0 | | | 0 | |
| **TOTALE** | | | | |

**RILEVAMENTO PARAMETRI SOGGETTO**

| **ORA** | **Sat. $O_2$** | **Press. A.** | **Freq. C.** | **Freq. R.** |
|---|---|---|---|---|
| ..... | | | | |
| ..... | | | | |
| ..... | | | | |

**COND. CLINICHE - VALUTAZIONE - TRATTAMENTO**

.....

.....

.....

.....

.....

**SEGNI - INTERVENTI - TRATTAMENTI:**

| **Cute** | **Circolo** | **Respiro** | **Immobil.** | **Altro** |
|---|---|---|---|---|
| o Pallida | o Emostasi | o Aspirazione | o Collare | o Medicazione |
| o Cianosi | o A.Cannula | o C.Guedel | o Steccobenda | o Cop.Termica |
| o Sudata | o MCE | o Ventilazione | o Spinale | o Ghiaccio |
| o Marezz. | o Defibrillaz. | o Ossigeno | o K.E.D. | o Caldo |
| | o E.C.G. | L./min. ..... | o Materasso | o Bendaggio |

**Note:**

Io sottoscritto, messo a conoscenza delle mie condizioni di salute e della necessità di essere soccorso/a e/o trasportato/a in ospedale, nonchè dei possibili rischi futuri a cui potrò andare incontro in caso di rifiuto, in pieno possesso delle mie facoltà mentali RIFIUTO IL RICOVERO E/O IL TRASPORTO PRESSO L'OSPEDALE CONSIGLIATO sotto la mia piena responsabilità.

Firma dell'interessato .....

Testimone: Nome e Cognome .....

Il paziente viene consegnato a: .....

I parenti O sono, O non sono, stati informati

Firma del Medico/Infermiere/Volontario .....