

# SCHEDA SANITARIA MAXIEMERGENZA

Numero progressivo \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ Luogo dell'evento \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_

Sesso :  M  F Data: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

Evento NBCR

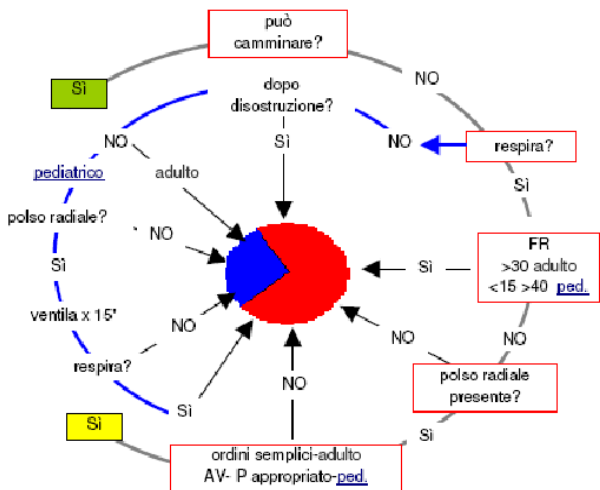
SI

NO

codice colore                      Provvedimenti

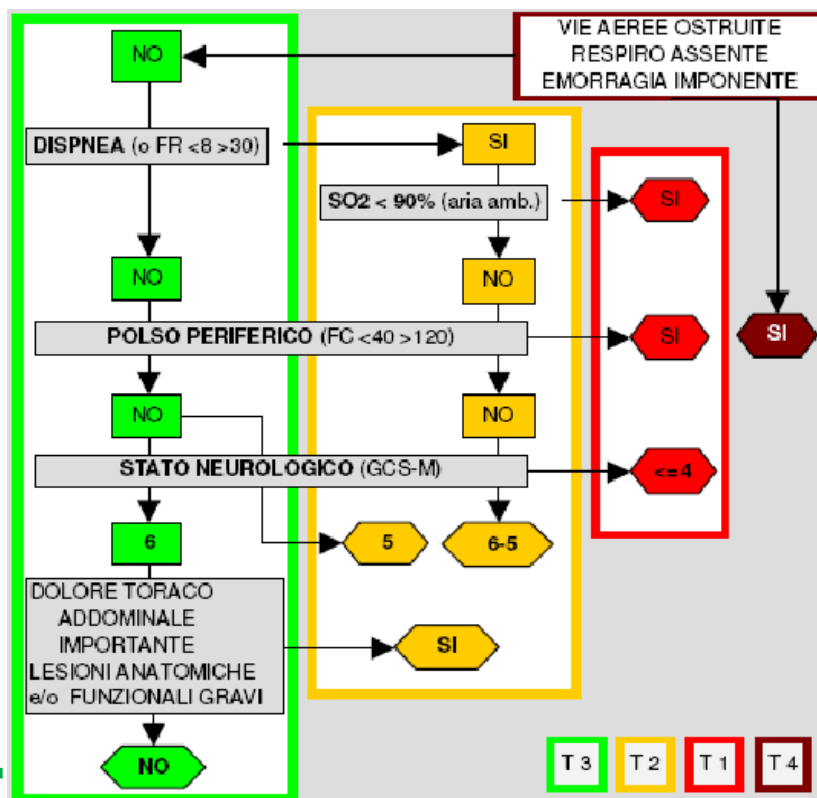
- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Verde        | <input type="checkbox"/> Cannula Guedel   |
| <input type="checkbox"/> Giallo       | <input type="checkbox"/> Emostasi      NO      SI ora posizionamento laccio arterioso |
| <input type="checkbox"/> Rosso        | <input type="checkbox"/> Protezione Termica _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Blu          | <input type="checkbox"/> Posizionamento _____   |
| <input type="checkbox"/> Non eseguito | <input type="checkbox"/> Altro _____  |

**TRIAGE SUL CAMPO**



**Firma Operatore Triage**

Triage Start



**NIDO/AREA DI RACCOLTA**

**Treatment Performed**

- Verde
- Giallo
- Rosso
- Blu
- Non eseguito

Ora _____ 1° controllo	Ora _____ 1° controllo	Ora _____ 1° controllo
<input type="checkbox"/> P.A. _____	<input type="checkbox"/> P.A. _____	<input type="checkbox"/> P.A. _____
<input type="checkbox"/> FC _____	<input type="checkbox"/> FC _____	<input type="checkbox"/> FC _____
<input type="checkbox"/> SpO2 _____	<input type="checkbox"/> SpO2 _____	<input type="checkbox"/> SpO2 _____
<input type="checkbox"/> Stabilizzazione	<input type="checkbox"/> Stabilizzazione	<input type="checkbox"/> Stabilizzazione
<input type="checkbox"/> Medicazione	<input type="checkbox"/> Medicazione	<input type="checkbox"/> Medicazione

**Firma Operatore NIDO**

Numero progressivo \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ Luogo dell'evento \_\_\_\_\_

**OSSERVAZIONI - TRATTAMENTO - Posto Medico Avanzato (P.M.A.)**

**Problema Sanitario:** \_\_\_\_\_

**TRIAGE Data** \_\_\_\_\_ **Recupero**  
 g \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**TRIAGE Ora ingresso PMA** \_\_\_\_\_ **Triage sul campo**     **Rischio evolutivo**  
 h \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_

**Orientamento Diagnostico** \_\_\_\_\_

**TRIAGE Dati anagrafici** Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

**TRIAGE Triage STEP all'ingresso**  
 Emorragie esterne gravi \_\_\_\_\_  
 NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_  
 Risposta verbale: Normale \_\_\_\_\_ Alterata \_\_\_\_\_  
 Saturazione:  $\geq 92$  \_\_\_\_\_  $< 92$  \_\_\_\_\_  
 Risposta motoria: Obbedisce \_\_\_\_\_ Localizza il dolore \_\_\_\_\_  
 Assente \_\_\_\_\_ Non rilevabile \_\_\_\_\_ Altra risposta \_\_\_\_\_  
 Apnea \_\_\_\_\_ Nessuna \_\_\_\_\_

**Trattamento sanitario** \_\_\_\_\_

**TRIAGE meccanismo lesionale** \_\_\_\_\_  
**TRIAGE Invio in**

Ora \_\_\_\_\_  
**I° controllo**  
 P.A. \_\_\_\_\_  
 FC \_\_\_\_\_  
 SpO2 \_\_\_\_\_  
 Stabilizzazione \_\_\_\_\_  
 Medicazione \_\_\_\_\_  
 Coscienza AVPU \_\_\_\_\_

**Trattamento Farmacologico**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Osservazioni/Diario**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_  
**II° controllo**  
 P.A. \_\_\_\_\_  
 FC \_\_\_\_\_  
 SpO2 \_\_\_\_\_  
 Stabilizzazione \_\_\_\_\_  
 Medicazione \_\_\_\_\_  
 Coscienza AVPU \_\_\_\_\_

**Trattamento Farmacologico**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Osservazioni/Diario**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TRIAGE USCITA P.M.A.**

	_____
	_____
	_____
	_____
	_____

**TRASPORTO**

Ambulanza MSA \_\_\_\_\_  
 Ambulanza MSB \_\_\_\_\_  
 AutoMedica \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

Firma Medico Responsabile \_\_\_\_\_  
 Firma Infermiere \_\_\_\_\_

**OSPEDALE DESTINAZIONE** \_\_\_\_\_