

SCHEDA SANITARIA MAXIEMERGENZA

Numero progressivo _____ anno _____ Luogo dell'evento _____

Cognome: _____ Nome: _____ Nato il: _____

Sesso : M F Data: _____ Ora: _____

Evento NBCR

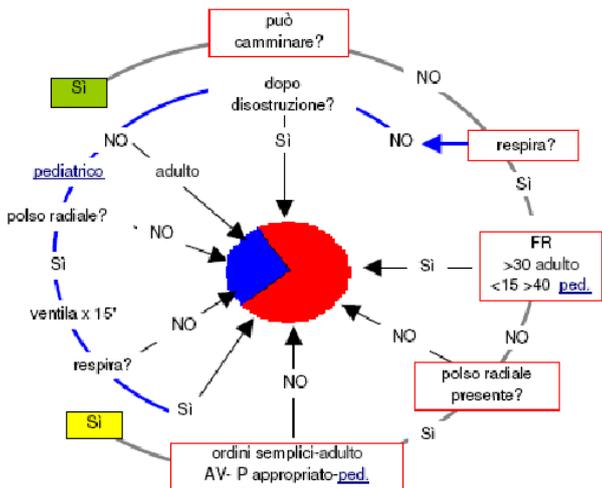
SI

NO

codice colore Provvedimenti

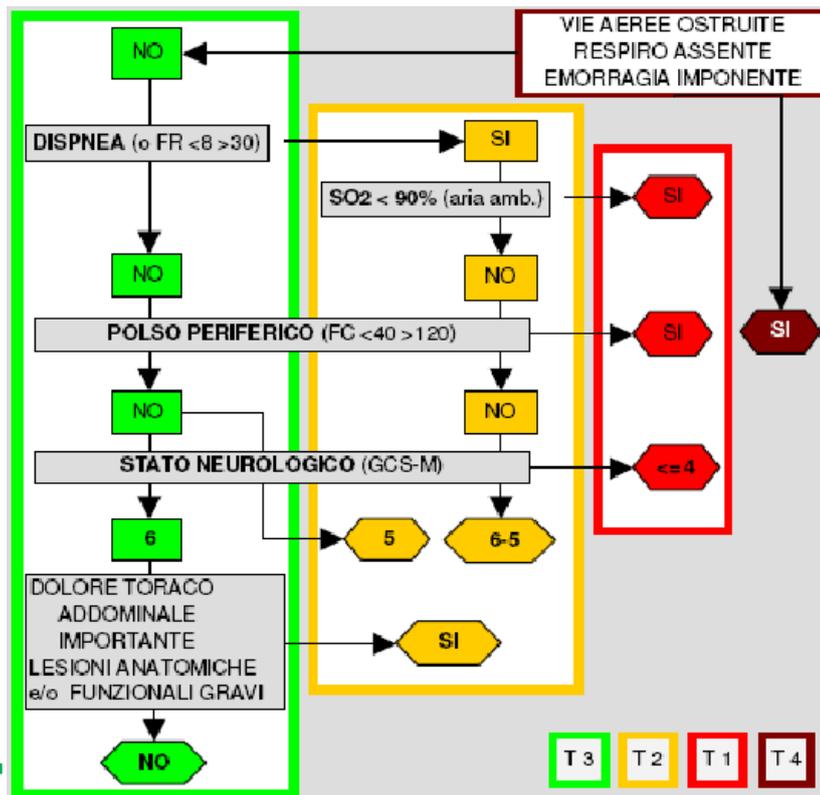
- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Verde | <input type="checkbox"/> Cannula Guedel |
| <input type="checkbox"/> Giallo | <input type="checkbox"/> Emostasi NO SI ora posizionamento laccio arterioso |
| <input type="checkbox"/> Rosso | <input type="checkbox"/> 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: _____

Orientamento Diagnostico _____

Trattamento sanitario _____

TRIAGE	Data	g _____ m _____ a _____			Recupero		SEMPLICE	COMPLESSO	MEDICALIZZAZIONE SUL POSTO
	Ora ingresso PMA	h _____ m _____		Triage sul campo		1	2	3	4
TRIAGE	Dati anagrafici	Nome _____			Età _____		Sesso _____		
	Triage STEP all'ingresso	Emorragie esterne gravi							
TRIAGE	NO	Risposta verbale	Saturazione	Risposta motoria	SI				
		Normale	≥ 92	Obbedisce					
TRIAGE		Alterata	< 92	Localizza il dolore					
		Assente	Non rilevabile	Altra risposta					
TRIAGE		Apnea		Nessuna					
	meccanismo lesionale _____								
TRIAGE	Invio in →	AREA VERDI		AREA GIALLI		STABILIZZAZIONE		MORGUE	

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 _____