



Azienda Ospedaliera
Ospedale Niguarda Ca' Granda



**Centrale Operativa
118 Milano**

Ente, Associazione, Cooperativa

Scheda missione	Data	Ora	Matricola capo Equipaggio		
Comune	Via/Piazza	Civico	Piano	Scala	
Riferimenti	Codice INVIO	TRASPORTO	TRIAGE P.S.		
	V G R	V G R	B	V	G R
Motivo invio	Ospedale	Km. Tot.			

PAZIENTE		
Cognome Nome	Età / Data nascita	Sesso
		M F
Comune	Via	Numero
Io sottoscritto/a, messo/a a conoscenza delle mie condizioni di salute e della necessità di essere soccorso/a e/o trasportato/a in ospedale, nonché 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 TRASPORTO PRESSO L'OSPEDALE CONSIGLIATO.		Firma

VALUTAZIONE							
EVENTO	dx	sx	sx	dx	LESIONI	COSCENZA	POLSO
<input type="checkbox"/> Malore <input type="checkbox"/> Incid. <input type="checkbox"/> Investimento <input type="checkbox"/> ARRESTO CC. <input type="checkbox"/> Caduta accidentale <input type="checkbox"/> F. Arma <input type="checkbox"/> Aggressione <input type="checkbox"/> Folgorazione <input type="checkbox"/> Precipitazione <input type="checkbox"/> Sostanza tossica <input type="checkbox"/> Crollo <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Annegamento <input type="checkbox"/> Ustione					1 Amputazione 2 Deformità 3 Dolore 4 Emorragia 5 Ferita profonda 6 Ferita superficiale 7 Trauma 8 Ustione 9 # Motilità assente • Sensibilità assente * ○	<input type="checkbox"/> A Sveglia <input type="checkbox"/> V Resp. chiamata <input type="checkbox"/> P Resp. dolore <input type="checkbox"/> U Incosciente RESPIRO <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Tachipnoico <input type="checkbox"/> Difficoltoso <input type="checkbox"/> Assente CUTE <input type="checkbox"/> Rosea <input type="checkbox"/> Pallida / Fredda <input type="checkbox"/> Cianotica <input type="checkbox"/> Calda <input type="checkbox"/> Sudata	<input type="checkbox"/> Radiale <input type="checkbox"/> Femorale <input type="checkbox"/> Carotideo <input type="checkbox"/> Assente PUPILLE <input type="checkbox"/> Normali <input type="checkbox"/> Midriatiche <input type="checkbox"/> Miotiche <input type="checkbox"/> Anisocoriche POSIZIONE <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Seduta <input type="checkbox"/> Prona <input type="checkbox"/> Supina <input type="checkbox"/> Fianco

<input type="checkbox"/> Aspirazione cavo orale <input type="checkbox"/> Cannula orofaringea <input type="checkbox"/> Ventilazione <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> DAE (Defibrillatore semiautomatico)	<input type="checkbox"/> Collare cervicale <input type="checkbox"/> Immobilizzatore spinale <input type="checkbox"/> Tavola spinale <input type="checkbox"/> Barella cucchiaino <input type="checkbox"/> Materassino depressione	<input type="checkbox"/> Immobilizzazione arti <input type="checkbox"/> Medicazione ferite <input type="checkbox"/> Emostasi	PA FC F.R_{esp} O₂ l/min Sat aria / O₂	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												

RILEVAZIONI	DINAMICA PRESUNTA	INTERVENTI
<input type="checkbox"/> Rimozione Cinture Sicurezza <input type="checkbox"/> Rimozione casco <input type="checkbox"/> Abitacolo deformato <input type="checkbox"/> Esplosione / Incendio	<input type="checkbox"/> Paziente incastrato <input type="checkbox"/> Paziente incarcerato <input type="checkbox"/> Paziente proiettato <input type="checkbox"/> Pazienti deceduti	<input type="checkbox"/> Frontale <input type="checkbox"/> Posteriore <input type="checkbox"/> Laterale sinistro <input type="checkbox"/> Laterale destro
	<input type="checkbox"/> Caduta Verticale <input type="checkbox"/> Ribaltamento	<input type="checkbox"/> MSA Auto / Elicottero <input type="checkbox"/> MSA Infermieristico <input type="checkbox"/> VVF <input type="checkbox"/> Forze dell'ordine

ICD9 PRESUNTA			
<input type="checkbox"/> 1 Infettive e parassitarie <input type="checkbox"/> 2 Tumori <input type="checkbox"/> 3 Endocrine nutrizionali metaboliche immunit.	<input type="checkbox"/> 4 Sangue <input type="checkbox"/> 5 Disturbi psichici <input type="checkbox"/> 6 Sistema nervoso <input type="checkbox"/> 7 Sist. cardiocircolatorio	<input type="checkbox"/> 8 Apparato respiratorio <input type="checkbox"/> 9 Apparato digerente <input type="checkbox"/> 10 Sistema genitourin. <input type="checkbox"/> 11 Gravidanza parto	<input type="checkbox"/> 12 Cute tess.sottocut. <input type="checkbox"/> 13 Sist. osteomuscolare <input type="checkbox"/> 14 Malform. congenite <input type="checkbox"/> 15 Origine perinatale
			<input type="checkbox"/> 16 Sintomi e segni <input type="checkbox"/> 17 Traumi e avvelenam.

ARRESTO CC				
TEMPI	ACC ed RCP	PRIMA ANALISI	CAUSA PRESUNTA	ESITO
Inizio RCP Arrivo MSA Arrivo Osp.	<input type="checkbox"/> ACC testimoniato <input type="checkbox"/> RCP presenti <input type="checkbox"/> ACC durante soccorso	<input type="checkbox"/> SHOCK consigliato <input type="checkbox"/> SHOCK NON consigl. <input type="checkbox"/> Totale shock	<input type="checkbox"/> Cardiaca <input type="checkbox"/> Non cardiaca <input type="checkbox"/> Sconosciuta	<input type="checkbox"/> ROSC <input type="checkbox"/> Trasporto con RCP <input type="checkbox"/> Constatazione in posto

NOTE