

Nome Cognome	Data
--------------	------

## SCENARIO MEDICO : DISPNEA 1

**Informazioni dalla centrale :** ( bimbo 3 anni dispnoico febbrile tosse da giorni )

.....

MSA: SI/NO

VALUTAZIONE	INTERVENTO	COMMENTI		%
Prearrivo	<input type="checkbox"/> Assegna incarichi	..... ..... .....	<b>5</b>	
Valutazione della scena	<input type="checkbox"/> Chiede descrizione della scena: <input type="checkbox"/> "Colpo d'occhio": <input type="checkbox"/> Controlla ostacoli per il trasporto	Pz seduto in braccio alla mamma  Bimbo che abbraccia la mamma spaventato, affanno respiratorio, sudato ..... .....	<b>5</b>	
Autoprotezione	<input type="checkbox"/> Indossa presidi per protezione individuale <input type="checkbox"/> Controlla presenza di pericoli	..... .....	<b>5</b>	
Vie aeree + rachide <b>A</b>	<input type="checkbox"/> chiama il paziente e si qualifica <input type="checkbox"/> Verifica le vie aeree	Sveglio, irrequieto, affaticato  Vie aeree pervie .....	<b>10</b>	
Respiro <b>B</b>	<input type="checkbox"/> Fa mettere O2 10-12 l/min con reservoir <input type="checkbox"/> Osserva meccanica respiratoria  <input type="checkbox"/> Conta FR  <input type="checkbox"/> Mette saturimetro	.....  Dispnoico, utilizzo muscolatura accessoria, muove la testa ad ogni atto respiratorio Rumori respiratori (fischi) 70 atti/min  Sat 95%	<b>15</b>	
Circolo <b>C</b>	<input type="checkbox"/> Rileva polso radiale <input type="checkbox"/> Conta FC <input type="checkbox"/> Valutazione cute  <input type="checkbox"/> PA (opzionale)	Polso presente FC 180 /min ritmico Cute sudata, pallida, calda  PA 100/50	<b>15</b>	
Controllo neurologico <b>D</b>	Valuta secondo AVPU: <input type="checkbox"/> Chiama <input type="checkbox"/> Funzionalità motoria, sensibilità	PAZIENTE A non collaborante Non deficit	<b>10</b>	
Esposizione <b>E</b>	<input type="checkbox"/> Osserva aspetto generale  <input type="checkbox"/> Chiede cos'è avvenuto	..... ..... .....	<b>5</b>	

Anamnesi AMPIA	<input type="checkbox"/> Storia clinica:	Tosse e febbre da 3 gg	<b>5</b>	
<b>Comunicazione alla Centrale Operativa</b>	<input type="checkbox"/> Stato di coscienza <input type="checkbox"/> Parametri rilevati <input type="checkbox"/> Problemi riscontrati <input type="checkbox"/> Patologie pregresse <input type="checkbox"/> Manovre eseguite	..... ..... ..... .....	<b>5</b>	
TECNICA	..... .....	Insufficiente: 0 punti Sufficiente: 3 punti Discreto: 5 punti Buono: 10 punti Ottimo ( capacità di leader) 15	<b>15</b>	
Rivlutazione	<input type="checkbox"/> Rivalutazione ABCD <input type="checkbox"/> Rapporto con paziente <input type="checkbox"/> Mantiene temperatura <input type="checkbox"/> Organizzazione trasporto adeguato	..... ..... ..... Lascia bimbo in braccio alla mamma,garantendo postura adeguata ed O2 terapia		<b>SI NO</b>
Collaborazione con MSA/consegna Ps	<input type="checkbox"/> Informa	..... .....		<b>SI NO</b>

<b>VALUTAZIONE DEL SOCCORSO</b>	<b>+ 5</b>
<input type="checkbox"/> Identifica gli errori	
<input type="checkbox"/> Fluidità dell'esecuzione	
<input type="checkbox"/> Coordinamento dell'équipe	
<input type="checkbox"/> Capacità di leader	

<b>ERRORI GRAVI</b>	
Non riconosce il problema	<b>- 10</b>
Non valuta rischio evolutivo	<b>- 5</b>
Non utilizza correttamente strumenti o presidi	<b>- 10</b>

<b>Firma ISTRUTTORI</b>
<b>Firma CANDIDATO</b>

<b>PUNTEGGIO PARZIALE</b>	
<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>	