

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

SCENARIO MEDICO : CONVULSIONI FEBBRILI 1

Informazioni dalla centrale : (bimbo 3 anni convulsioni febbrili – valium)

MSA: SI/NO

VALUTAZIONE	INTERVENTO	COMMENTI		%
Prearrivo	<input type="checkbox"/> Assegna incarichi	..... ..... .....	5	
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 supino a terra (no trauma) Paziente supino su divano	5	
Autoprotezione	<input type="checkbox"/> Indossa presidi per protezione individuale <input type="checkbox"/> Controlla presenza di pericoli	..... .....	5	
Vie aeree + rachide A	<input type="checkbox"/> chiama il paziente e si qualifica <input type="checkbox"/> Verifica le vie aeree	Assopito non apre gli occhi Vie aeree pervie	10	
Respiro 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	..... Eupnoico 30 atti/min Sat 98%	15	
Circolo C	<input type="checkbox"/> Rileva polso radiale <input type="checkbox"/> Conta FC <input type="checkbox"/> Valutazione cute <input type="checkbox"/> PA (opzionale)	Polso presente FC 150 /min Cute molto calda PA 100/50	15	
Controllo neurologico D	Valuta secondo AVPU: <input type="checkbox"/> Chiama <input type="checkbox"/> Funzionalità motoria,sensibilità	PAZIENTE P,si amenta Non deficit neurologici periferici	10	
Esposizione E	<input type="checkbox"/> Osserva aspetto generale <input type="checkbox"/> Chiede cos'è avvenuto	..... ..... ..... .....	5	
Anamnesi AMPIA	<input type="checkbox"/> Storia clinica:	Altri episodi di convulsioni febbrili	5	

Comunicazione alla Centrale Operativa	<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	..... ..... ..... ..... .....	5	
TECNICA	..... .....	Insufficiente: 0 punti Sufficiente: 3 punti Discreto: 5 punti Buono: 10 punti Ottimo (capacità di leader) 15	15	
Rivalutazione	<input type="checkbox"/> Rivalutazione ABCD <input type="checkbox"/> Rapporto con paziente <input type="checkbox"/> Mantiene temperatura <input type="checkbox"/> Organizzazione trasporto adeguato	..... ..... .....		SI NO
Collaborazione con MSA/consegna Ps	<input type="checkbox"/> Informa	..... .....		SI NO

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

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

Firma ISTRUTTORI
Firma CANDIDATO

PUNTEGGIO PARZIALE	
PUNTEGGIO TOTALE	