

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

Cap.5 SCENARIO MEDICO: DOLORE TORACICO

Informazioni dalla centrale:

.....

.....

MSA: si/no

VALUTAZIONE	INTERVENTO	ESITO		%
Prearrivo	<input type="checkbox"/> Assegna incarichi	..... ..... .....	5	
Valutazione della scena	<input type="checkbox"/> Chiede una descrizione della scena: <input type="checkbox"/> "Colpo d'occhio": <input type="checkbox"/> Controlla ostacoli per il trasporto	..... ..... .....	5	
Autoprotezione	<input type="checkbox"/> Indossa presidi di protezione individuali	..... ..... .....	5	
Vie aeree A	<input type="checkbox"/> Chiama il paziente, si presenta e qualifica tranquillizza il paziente <input type="checkbox"/> Verifica le vie aeree	Paziente cosciente, agitato Vie aeree pervie	10	
Respiro B	<input type="checkbox"/> Fa mettere maschera O2 12 lt/min <input type="checkbox"/> Conta e controlla meccanica respiratoria <input type="checkbox"/> Rileva SatO2	..... FR 24 atti/min Respiro superficiale SatO2 86% in aria	15	
Circolo C	<input type="checkbox"/> Rileva polso radiale <input type="checkbox"/> Valutazione cute <input type="checkbox"/> PA (Opzionale)	Presente, debole, aritmico FC 110/min Fredda, sudata, leggermente cianotica PA 140/60	15	
controllo neurologico D	Valuta secondo AVPU : <input type="checkbox"/> Parla con paziente <input type="checkbox"/> Funzionalità motoria,sensibilità	Cosciente, sofferente,paziente A Non deficit	10	
Esame obiettivo ed anamnesi E	<input type="checkbox"/> Osserva aspetto generali <input type="checkbox"/> Chiede cos'è avvenuto	..... ..... ..... Da circa 30 minuti dolore restrosternale irradiato alla alla gola non varia con il respiro	5	
Anamnesi AMPIA	<input type="checkbox"/> Storia clinica:	Non malattie note, forte fumatore, stress.	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	
Rivlutazione	<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	