

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

**SCENARIO MEDICO : EVENTO medico problema respiratorio**  
**Informazioni dalla centrale : asmatico noto**

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	Paziente in piedi appoggiato ad una sedia  non risce a sedersi,sofferente,labbra scure,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,frasi corte  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,fischi respiratori  35 atti/min  Sat % 93	<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,tachicardico FC 120 /min Cute fredda,cianotica,sudata  PA 160/90	<b>15</b>	
Controllo neurologico <b>D</b>	Valuta secondo AVPU: <input type="checkbox"/> Chiama <input type="checkbox"/> Funzionalità motoria,sensitiva	PAZIENTE A  Non deficit neurologici periferici	<b>10</b>	

Esposizione <b>E</b>	<input type="checkbox"/> Osserva aspetto generale <input type="checkbox"/> Chiede cos'è avvenuto <input type="checkbox"/> Protezione termica	..... ..... Sindrome influenzale da qualche giorno, già assunto Ventoli senza beneficio .....	<b>5</b>	
Anamnesi AMPIA	<input type="checkbox"/> Storia clinica:	Asmatico noto in terapia	<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	..... ..... ..... .....		<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>	
<b>Non riconosce il problema</b>	<b>- 10</b>
<b>Non valuta rischio evolutivo</b>	<b>- 5</b>
<b>Non utilizza correttamente strumenti o presidi</b>	<b>- 10</b>

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

PUNTEGGIO PARZIALE	
<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>	