

Nome Cognome

Data

**SCENARIO TRAUMA :****Informazioni dalla centrale :** Forze dell'ordine ( si/no) – MSA (si /no)

PEDONE INVESTITO – TRAUMA SPORTIVO - MOTOCICLISTA ( CON CASCO - SENZA CASCO)

PRECIPITATO DALL'ALTO – INCASTRATO IN AUTO – USTIONE – ANNEGATO – FOLGORATO -

VALUTAZIONE	INTERVENTO	COMMENTI	%	ESIT O
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"/> Dinamica dell'evento:  <input type="checkbox"/> Verifica altri feriti	<input type="checkbox"/> Scena sicura <input type="checkbox"/> Scena non sicura  <input type="checkbox"/> Posizione e postura <input type="checkbox"/> Colorito cute <input type="checkbox"/> Vitalità <input type="checkbox"/> Dinamica maggiore <input type="checkbox"/> dinamica minore  <input type="checkbox"/> altri coinvolti ..... .....	<b>5</b>	
Autoprotezione	<input type="checkbox"/> Indossa presidi per protezione individuale	..... .....	<b>5</b>	
Vie aeree + rachide <b>A</b>	<input type="checkbox"/> Fa immobilizzare manualmente il rachide cervicale <input type="checkbox"/> Chiama senza scuotere per verifica le vie aeree  <input type="checkbox"/> Mantenimento delle vie aeree  <input type="checkbox"/> Esegue GAS (se pz incosciente)  <input type="checkbox"/> Fa mettere collare rigido	..... ..... Pz sveglio, <input type="checkbox"/> pervie Pz incosciente <input type="checkbox"/> vie aeree pervie <input type="checkbox"/> vie aeree non prvie  <input type="checkbox"/> sublussazione mandibola <input type="checkbox"/> aspira <input type="checkbox"/> cannula orofaringea  <input type="checkbox"/> Respiro presente <input type="checkbox"/> Respiro assente  ..... .....	<b>15</b>	

Respiro <b>B</b>	<input type="checkbox"/> Fa mettere O2 12 lt/min  <input type="checkbox"/> Osserva meccanica respiratoria  <input type="checkbox"/> Ispeziona il torace  <input type="checkbox"/> Conta FR  <input type="checkbox"/> <i>Se disponibile mette saturimetro</i>	.....  <input type="checkbox"/> Eupnoico <input type="checkbox"/> Dispnoico  <input type="checkbox"/> riscontro alla palpazione (dolore, rumori, asimmetrie, ecc...) <input type="checkbox"/> contusioni/abrasioni <input type="checkbox"/> espansione ridotto dx/sx <input type="checkbox"/> respiro diaframmatico  <input type="checkbox"/> FR.....  <input type="checkbox"/> Sat O2.....	<b>15</b>	
Circolo <b>C</b>	<input type="checkbox"/> Osserva se emorragie esterne  <input type="checkbox"/> Rileva polso  <input type="checkbox"/> Valutazione cute  <input type="checkbox"/> <i>PA (opzionale)</i>	<input type="checkbox"/> Emorragie comprimibili ..... <input type="checkbox"/> Emorragie non comprimibili ..... <input type="checkbox"/> Polso radiale, FC..... <input type="checkbox"/> Polso carotideo <input type="checkbox"/> FC.....  <input type="checkbox"/> Pallida <input type="checkbox"/> Sudata <input type="checkbox"/> Cianotica <input type="checkbox"/> Fredda  <input type="checkbox"/> PA .....	<b>15</b>	
Controllo neurologico <b>D</b>	<input type="checkbox"/> Valuta secondo AVPU  <input type="checkbox"/> Valuta sensibilità e motilità	<input type="checkbox"/> Sveglia <input type="checkbox"/> Reagisce a chiamata <input type="checkbox"/> Reagisce al dolore <input type="checkbox"/> Nessuna risposta  <input type="checkbox"/> Sensibilità conservata <input type="checkbox"/> Parestesie <input type="checkbox"/> Motilità assente	<b>5</b>	
Esposizione <b>E</b>	<input type="checkbox"/> Non spoglia il paziente completamente, ma espone gli arti con sospette fratture  <input type="checkbox"/> Valuta altri segni esterni  <input type="checkbox"/> Copre il paziente  <input type="checkbox"/> Altre notizie sul paziente	Arto superiore dx /sx <input type="checkbox"/> Frattura <input type="checkbox"/> Contusione/abrasione <input type="checkbox"/> Amputazione <input type="checkbox"/> Scuoimento Arto inferiore dx/sx <input type="checkbox"/> Frattura <input type="checkbox"/> Contusione/abrasione <input type="checkbox"/> Amputazione <input type="checkbox"/> Scuoimento <input type="checkbox"/> Ustione.....  <input type="checkbox"/> .....  <input type="checkbox"/> .....  <input type="checkbox"/> .....	<b>10</b>	

Comunicazione alla Centrale Operativa	<input type="checkbox"/> Dinamica / n° coinvolti <input type="checkbox"/> coscienza <input type="checkbox"/> respiro <input type="checkbox"/> circolo <input type="checkbox"/> neurologico <input type="checkbox"/> lesioni riportate <input type="checkbox"/> manovre eseguite	..... ..... ..... ..... ..... .....	<b>5</b>	
TECNICA	..... ..... ..... ..... .....	Insufficiente: 0 punti Sufficiente: 3 punti Dicreto: 5 punti Buono: 10 punti Ottimo (capacità leader):15 punti	<b>15</b>	
Rivalutazione	<input type="checkbox"/> Rivaluta ABCDE <input type="checkbox"/> Rapporto con paziente <input type="checkbox"/> Organizza l'immobilizzazione e la mobilizzazione traumatica  <input type="checkbox"/> Mantiene temperatura	..... ..... <input type="checkbox"/> Cucchiaino <input type="checkbox"/> Ked <input type="checkbox"/> Roll <input type="checkbox"/> Spinale completa <input type="checkbox"/> Materasso a depressione <input type="checkbox"/> Stecco benda .....		<b>SI NO</b>
Collaborazione con MSA/consegna PS	<input type="checkbox"/> Informa	.....		<b>SI NO</b>

<b>VALUTAZIONE DEL SOCCORSO</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>+ 5</b>

<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>	