



**Etichetta di PS/Dati anagrafici**

Annotazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_; Nome \_\_\_\_\_

Sesso: \_\_\_\_\_; Data di nascita \_\_\_\_\_

*Apporre qui sopra l'etichetta di PS o Compilare per la stampa*

Ora di primo accesso \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Causale di accesso Triage I (*copia inserzione Triage I*) \_\_\_\_\_

Codice di accesso Triage I  V  G Infermiere Triage I Livello \_\_\_\_\_

**Parametri Vitali**

|                      | Ora   | I controllo | Ora   | II controllo | Ora   | III controllo |
|----------------------|-------|-------------|-------|--------------|-------|---------------|
| PA                   | _____ |             | _____ |              | _____ |               |
| FC                   | _____ |             | _____ |              | _____ |               |
| SpO <sub>2</sub>     | _____ |             | _____ |              | _____ |               |
| FR                   | _____ |             | _____ |              | _____ |               |
| TC ( <i>au/asc</i> ) | _____ |             | _____ |              |       |               |
| Glicemia             | _____ |             | _____ |              | _____ |               |
| Stick Urine          | _____ |             | _____ |              |       |               |
| ECG ( <i>esito</i> ) | _____ |             | _____ |              |       |               |
| GCS                  | _____ |             | _____ |              | _____ |               |

*\*Parametri Obbligatori: Dolore toracico: ECG, PA, SpO<sub>2</sub>, FC; Dispnea: PA, SpO<sub>2</sub>, FR; Dolore addominale: PA, TC; Dolore lombare atraumatico lanciaante: PA; Sincope, pre-sincope, alterazioni stato coscienza: PA, SpO<sub>2</sub>, FC, Gli, GCS; Cefalea: PA, TC; Sospetta colica renale: Stick; Aritmie o cardiopalmo: ECG, PA, FC; Trauma toracico: SpO<sub>2</sub>, FC, FR; Epistassi: PA; Traumi con presidi di immobilizzazione: PA, SpO<sub>2</sub>, FC, FR, GCS.*

Anamnesi breve/annotazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Valutazione del dolore (*scala NRS*)**

|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 0     | 1     | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     | 8     | 9     | 10    |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Codice di valutazione triage II  B  V  G  R

Infermiere Triage II Livello \_\_\_\_\_ Ora invio sala visita \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_