

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

## Cap. 4 SCENARIO TRAUMA : BAMBINO USTIONATO

**Informazioni dalla Centrale:** ( Bambino 8 aa ustione acqua bollente)

MSA:si/no Forze dell'ordine:si/no

VALUTAZIONE	INTERVENTO	ESITO		%
Prearrivo	<input type="checkbox"/> Assegna incarichi	..... ..... .....	<b>5</b>	
Valutazione della scena	Chiede una descrizione della scena: <input type="checkbox"/> "Colpo d'occhio": <input type="checkbox"/> Dinamica dell'evento:	..... Maglietta bagnata sul torace e sul braccio. ..... .....	<b>5</b>	
Autoprotezione	<input type="checkbox"/> Indossa presidi di protezione, individuale <input type="checkbox"/> Osserva se presenza di rischi	..... ..... .....	<b>5</b>	
Vie aeree + rachide <b>A</b>	<input type="checkbox"/> Parla con il bimbo <input type="checkbox"/> Verifica vie aeree	Bambino cosciente, piange vivacemente, racconta l'accaduto.  Vie aeree pervie, non segni di ustione	<b>15</b>	
respiro <b>B</b>	<input type="checkbox"/> Fa mettere O2 10 Lt /min <input type="checkbox"/> Conta e controlla meccanica respiratoria <input type="checkbox"/> Ispeziona il torace <input type="checkbox"/> Rileva Sat O2	..... Ventila normalmente FR 30/min  Arrossamento emitorace sx Sat O2 in aria 98%	<b>15</b>	
circolo <b>C</b>	<input type="checkbox"/> Rileva polso radiale <input type="checkbox"/> Valutazione cute <input type="checkbox"/> Rileva PA (opzionale)	Presente, pieno, FC 120  ..... PA 100/50	<b>15</b>	
controllo neurologico <b>D</b>	<input type="checkbox"/> Valuta secondo AVPU <input type="checkbox"/> Funzionalità motoria,sensibilità	Paziente cosciente PAZIENTE A Non deficit	<b>10</b>	
esposizione <b>E</b>	<input type="checkbox"/> Rimuove dal corpo gli abiti tagliandoli <input type="checkbox"/> Valuta segni esterni <input type="checkbox"/> Copre paziente <input type="checkbox"/> Altre notizie sul paziente	..... ..... ..... .....	<b>5</b>	
<b>Comunicazione alla Centrale Operativa</b>	<input type="checkbox"/> Conferma dinamica <input type="checkbox"/> Stato di coscienza <input type="checkbox"/> Parametri <input type="checkbox"/> Lesioni rilevate <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>	
Rivalutazione	<input type="checkbox"/> Rivalutazione ABCD <input type="checkbox"/> Rapporto cin il paziente <input type="checkbox"/> Mantiene temperatura <input type="checkbox"/> Organizza i trasporto	..... ..... ..... .....		<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>	
<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>	