



## ISTRUZIONE OPERATIVA 01 COMPILAZIONE DELLA RELAZIONE DI SOCCORSO MSB

### 1. Oggetto e campo di applicazione

La presente istruzione operativa descrive le modalità di compilazione e gestione della "Relazione di soccorso MSB", utilizzata da tutti i MSB operanti nell'ambito del sistema di emergenza urgenza regionale.

### 2. Documenti di riferimento

- D.G.R. n.VIII/6994 del 02.04.2008 "Attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) in attuazione della L.R. 12 dicembre 2007 n. 32 (...)"
- Documento 10 AREU "Elenco sigle e acronimi"
- Procedura 09 AREU "Gestione della documentazione sanitaria"
- Istruzione operativa 05 AREU "Rifiuto trasporto"
- Modulo 16 AREU "Relazione di soccorso MSB".

### 3. Responsabilità

Si riportano di seguito le responsabilità inerenti la relazione di soccorso MSB:

- compilazione: componenti dell'equipe di soccorso del MSB
- gestione e conservazione: Ente/Associazione/Cooperativa di Soccorso.

### 4. Definizioni e abbreviazioni

Si riportano di seguito gli acronimi utilizzati nella presente istruzione operativa e nella Relazione di soccorso MSB:

AAT	=	Articolazione Aziendale Territoriale
ACC	=	Arresto Cardiocircolatorio
AMPIA	=	Allergie. Medicine. Patologie. Ingestione di alimenti. Altre informazioni
AREU	=	Azienda Regionale Emergenza Urgenza
BLSD	=	Basic Life Support and Defibrillation
CC	=	Corpo Carabinieri
COEU	=	Centrale Operativa Emergenza Urgenza
CNSAS	=	Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico
CPSS	=	Cincinnati Prehospital Stroke Scale
DAE	=	Defibrillatore semiautomatico esterno
E/A/C	=	Ente/Associazione/Cooperativa di soccorso
ECG	=	Elettrocardiogramma
FC	=	Frequenza Cardiaca
FR	=	Frequenza Respiratoria
MSA	=	Mezzo di Soccorso Avanzato
MSB	=	Mezzo di Soccorso di Base
MSI	=	Mezzo di Soccorso Intermedio
PA	=	Pressione Arteriosa
RCP	=	Rianimazione Cardiopolmonare
ROSC	=	Return Of Spontaneous Circulation (Ritorno della circolazione spontanea)
VVF	=	Viali del Fuoco



## 5. Istruzione operativa

*Indicazioni generali per la compilazione e per la gestione della Relazione MSB*

- La Relazione di soccorso MSB dovrà essere compilata in riferimento ad ogni Paziente soccorso (non dovrà quindi essere compilata in caso di eventi interrotti), anche in caso di soccorsi gestiti insieme a MSA/MSI. In questo caso, la Relazione MSB dovrà comunque essere compilata e dovrà descrivere le prestazioni effettuate (e non riportare la generica dicitura "Vedi Relazione MSA/MSI").
- La Relazione dovrà essere compilata da un componente dell'équipe di soccorso del MSB.
- In caso di gestione condivisa del mezzo di soccorso, il numero di Scheda missione da indicare nella Relazione MSB (campo "Scheda missione n. ") dovrà essere comunicato dalla COEU 118 titolare del mezzo di soccorso.
- La Relazione dovrà riportare, nell'apposito spazio (in alto a destra) la denominazione dell'Ente/Associazione/Cooperativa.
- La Relazione dovrà essere compilata in stampatello e in modo ordinato, utilizzando una penna blu o nera (non stilografica). Le caselle potranno essere annerite o barrate con una crocetta.
- Tutti i dati e le informazioni dovranno essere registrati contestualmente al loro verificarsi o in un tempo immediatamente successivo. Ove richiesto, dovranno essere riportati gli orari relativi alle rilevazioni effettuate.
- Per errori commessi all'atto della stesura, il testo errato dovrà essere annullato con una riga in modo da risultare visibile, dovrà quindi essere scritto il testo corretto. Non dovrà essere utilizzato il correttore ortografico ("bianchetto").
- Al termine della compilazione, il compilatore dovrà indicare la propria matricola, eventualmente accompagnata dalla propria firma o sigla, nell'apposito spazio (in basso a destra).
- La "Relazione di soccorso MSB" si compone di due copie.  
La prima copia dovrà essere consegnata all'Azienda/Istituto verso cui viene trasportato il Paziente (Pronto Soccorso o altra Struttura) o al Paziente stesso in caso di rifiuto trasporto.  
La seconda copia dovrà essere conservata dall'E/A/C presso la propria sede, per un tempo minimo di cinque anni (conservazione delle Relazioni relative all'anno in corso e delle Relazioni relative ai cinque anni precedenti), con modalità idonee a garantirne l'integrità (non manomissione, non danneggiamento, non smarrimento) e la tempestiva disponibilità.
- Eventuali rettifiche o integrazioni alla Relazione, una volta separate le due copie, dovranno essere eccezionali e saranno possibili solo attraverso la redazione, da parte del soggetto compilatore del documento originale, di una dichiarazione aggiuntiva, firmata e datata nel momento della sua redazione (ovviamente in data successivo a quella riportata sul documento originale); in tale dichiarazione, che dovrà essere tempestivamente trasmessa alla COEU di riferimento, dovranno essere puntualmente descritte le rettifiche, le integrazioni e i motivi che le hanno generate.
- In caso di decesso del Paziente, la Relazione MSB dovrà essere allegata alla constatazione di decesso (riportata nella Relazione MSA/MSI, nella documentazione del medico di Continuità Assistenziale o di altro medico intervenuto).



### Informazioni relative al soccorso

La sezione "Informazioni relative al soccorso" dovrà essere compilata secondo quanto di seguito specificato:

Scheda missione: indicare il numero di Scheda missione comunicato dalla COEU 118 titolare del mezzo

Data: indicare la data di attivazione della missione

Ora attivazione: indicare l'ora di attivazione della missione da parte della COEU

Luogo dell'evento: (Comune, via/piazza, civico, piano/scala): indicare le informazioni riferite dalla COEU 118. Se il luogo dell'evento coincide con il domicilio del Paziente, barrare la casella corrispondente

Note: indicare eventuali informazioni di rilievo riferite dalla COEU 118

Presenti: indicare, barrando la/le casella/e corrispondente/i, gli Enti/i soggetti presenti sul luogo dell'evento. Barrare la casella "Medico" se è presente sul luogo dell'evento un Medico, specificando nell'apposito spazio, la qualifica e, se possibile, il nominativo.

### Informazioni relative al Paziente

Nella sezione "Informazioni relative al Paziente" dovranno essere riportati tutti i dati rilevabili relativi al Paziente:

Cognome e nome: indicare il cognome e nome del Paziente. In caso di informazione non nota, riportare la dicitura "sconosciuto"; l'apposizione di tale dicitura consente di non compilare i campi successivi (ad esclusione del campo età e del campo sesso).

Sesso: indicare il sesso del Paziente

Data di nascita: indicare la data di nascita del Paziente. In caso di informazione non nota riportare (nel campo "Età") l'età apparente

Luogo di nascita: indicare il luogo di nascita del Paziente

Cittadinanza: indicare la cittadinanza del Paziente

Residenza (Comune, via/piazza, numero civico): indicare la residenza del Paziente.

### Evento

La sezione "Evento" dovrà essere compilata barrando la/le casella/e corrispondente/i alla/e voce/i di interesse.

Si riporta di seguito la descrizione delle voci indicate.

Perdita di coscienza: evento acuto a seguito del quale il Paziente abbia avuto una assenza di reattività finalizzata agli stimoli esterni (es. chiama e scuoti)

Problematiche respiratorie: alterazioni della funzione respiratoria (riferite o osservate) intese come frequenza, profondità, rumori respiratori, dinamica respiratoria, sensazioni di mancanza di respiro, tosse convulsa, emissione di sangue dalle vie aeree ...

Malore: evento acuto che può essere caratterizzato da incapacità di mantenere la posizione eretta, pallore cutaneo, confusione mentale, palpitazioni, eventualmente accompagnato da sudorazione fredda, nausea, vertigini, offuscamento visivo e alterazioni dell'udito

Convulsioni: barrare la casella se al momento dell'arrivo sul luogo dell'evento il Paziente ha convulsioni

Avvelenamenti: ingestione, inalazione, somministrazione (endovenosa o intramuscolare), contatto, accidentale o volontario, di sostanze nocive, cibi avariati, dosi incongrue di farmaci

Travaglio/parto: insieme dei fenomeni generali e locali che precedono l'espulsione del feto

Malessere: sensazione transitoria riferita dal Paziente di indisposizione fisica, disagio psichico o



sintomi generici non altrimenti classificabili

Evento violento: evento traumatico causato da violenza propria o di altre persone, anche con l'utilizzo di armi o corpi contundenti.

Specificare la fonte delle informazioni (riferite dal paziente, riferite dalle Autorità presenti sul luogo), in caso di mancanza di notizie riferite, limitarsi a descrivere la sede delle lesioni e le cause verosimili, senza affermazioni categoriche, in particolar modo per quanto riguarda la causa e le modalità di produzione

Infortunio: evento traumatico di qualsiasi entità non classificabile come evento violento, caduta, precipitazione o incidente stradale

Caduta: caduta accidentale dallo stesso livello per sdruciolamento, passo falso o inciampamento (comprende anche le cadute da letto, sedia ...)

Precipitato da metri: evento traumatico a seguito del quale la persona cade da un'altezza che dovrà essere esplicitata nell'apposito spazio. In caso di compilazione di tale campo è opportuno indicare, nello spazio dedicato alle note, il luogo dell'impatto/le caratteristiche della superficie di impatto

Incidente stradale: evento traumatico di qualsiasi entità che vede coinvolti mezzi destinati al trasporto su strada di persone. Indicare, barrando la/le casella/e corrispondente/i, i mezzi ed i soggetti coinvolti

Luogo dell'evento: indicare il luogo dell'evento.

#### Valutazione del Paziente – Rilevazione parametri

La sezione "Valutazione del Paziente – Rilevazione parametri" dovrà essere compilata secondo quanto di seguito specificato:

Postura di rinvenimento: indicare la postura di rinvenimento del Paziente sul luogo dell'evento, al momento dell'arrivo sul luogo dell'evento

Ora insorgenza sintomi: indicare l'ora di insorgenza dei sintomi, così come riferita dal Paziente, dai familiari o dalle persone presenti all'evento (in particolare, specificare sempre l'ora in caso di Paziente con dolore toracico, ACC, rilevazione della CPSS)

Orari delle valutazioni: indicare l'ora di esecuzione delle valutazioni (di norma la prima valutazione viene eseguita al momento del primo contatto con il Paziente, la seconda prima della partenza in direzione dell'ospedale, la terza prima dell'accettazione del Paziente in Pronto Soccorso).

Nell'ambito del soccorso, l'équipe del MSB dovrà effettuare almeno una valutazione, quindi stabilire se/quando effettuare valutazioni aggiuntive, in relazione alla variazione delle condizioni del Paziente, alla durata del trasporto, alla specifica situazione.

Coscienza, respiro, circolo, cute: indicare la valutazione di coscienza, respiro, circolo e cute del Paziente, associata ad ogni orario indicato (accanto ad ogni voce sono collocate tre colonne di caselle, la prima colonna a sinistra è associata all'orario della prima valutazione, la seconda è associata all'orario della seconda valutazione, la terza all'orario della terza valutazione)

Parametri: (FR, Sat. aria, Sat. O<sub>2</sub>, FC, PA, temperatura): riportare, nelle apposite caselle, i parametri rilevati, in relazione agli orari indicati. (Nota: la rilevazione della temperatura costituisce una prestazione eventuale, non obbligatoria erogata a discrezione dell'équipe del MSB in relazione alle condizioni del Paziente, alla durata del trasporto, alla specifica situazione).

CPSS (Cincinnati Prehospital Stroke Scale): valutare se presente una deviazione della rima labiale, alterazione della motilità di uno o più arti (segni di lato), difficoltà nell'articolare la parola (alterazioni del linguaggio). Riportare quanto osservato, barrando la/e casella/e corrispondente/i.

## Lesioni e aggravanti

Nella sezione "Lesioni e aggravanti" vengono elencate le lesioni o le anomalie visibili: compilare barrando la/le casella/e corrispondente/i alla/e voce/i di interesse.

Si riporta di seguito la descrizione delle voci indicate.

Amputazione: mancanza di un segmento corporeo, in genere di arti o di parti del volto

Frattura esposta: sospetta rottura di un osso con lesione della cute vicina alla sede di frattura (può non essere evidente il moncone osseo all'interno della ferita)

Deformità: cambiamento della forma della parte anatomica, spesso osservabile per confronto con la stessa parte controlaterale

Dolore: sensazione di sofferenza acuta, fastidiosa (riportare, nell'apposito spazio, la valutazione del dolore percepito, su una scala da 1 a 10)

Sanguinamento: perdita di sangue, visibile all'esterno

Emorragia massiva: repentina e abbondante perdita di sangue da ferite e/o orifici

Ferita: alterazione dell'integrità della cute. In questa voce sono comprese tutte le forme di lesione della superficie della pelle, da quelle molto superficiali (abrasioni, graffi) a quelle che interessano anche strati più profondi

Ferita penetrante: lesione dell'integrità della cute con sospetto interessamento delle strutture anatomiche sottostanti, dove si sospetta che l'agente che ha provocato la lesione possa anche aver provocato danni agli organi interni

Lacerazione/schiacciamento: lesioni dalle cute e/o delle strutture sottostanti da traumi che strappano o comprimono violentemente

Contusione: lesione da pressione della cute, senza lacerazione della superficie cutanea. Si manifesta come gonfiore e arrossamento, può presentare raccolte di sangue negli strati sottostanti (ecchimosi, ematomi)

Ustione: lesione da esposizione termica (caldo/freddo) o da sostanza chimica

Edema: lesione della cute che si manifesta con gonfiore ed eventuale rossore

Lesioni incompatibili con la vita: sono quelle in cui non si praticano le manovre rianimatorie. Comprendono la decapitazione, lo smembramento, l'ustione di 3° grado del 100% della superficie corporea.

Queste voci dovranno essere contrassegnate barrando la casella corrispondente e riportando il numero associato sulla figura, nella regione corporea interessata (ad es. il dolore toracico si indica riportando il numero "4" sul torace della figura vista di fronte, l'ustione al dorso della mano destra si indica riportando il numero "11" sul dorso della mano destra della figura vista da dietro).

Si riportano inoltre alcune aggravanti di interesse sanitario, relative ad eventi traumatici: compilare barrando la/le casella/e corrispondente/i alla/e voce/i di interesse.

Incastrato: indicare quando paziente rimasto intrappolato all'interno del veicolo/luogo a seguito dell'evento.

Proiettato metri: indicare quando un Paziente è stato sbalzato dal veicolo e può aver subito un ulteriore trauma "da secondo impatto". Riportare indicativamente per quanti metri il Paziente è stato proiettato

Accesso difficile: indicare quando il Paziente si trova in un luogo in cui non si riesce ad arrivare facilmente e questo provoca un inevitabile ritardo della valutazione e/o nel soccorso (comprende i Pazienti incarcerati)

Presenza deceduti: indicare quando nell'ambito dello stesso evento sono presenti altre persone decedute a seguito della dinamica

Estricazione > 20 min: indicare quando per poter accedere al paziente sono stati necessari interventi tecnici che hanno richiesto più di 20 minuti.



Motilità assente: indicare, con una serie di piccole "x", le parti del corpo dove non è presente motilità spontanea, volontaria o provocata.

Sensibilità assente: indicare con una serie di piccoli "o" le parti del corpo dove il Paziente riferisce mancanza di sensibilità da stimolo.

#### Prestazioni/Interventi

Nella sezione "Prestazioni/interventi" indicare tutte le manovre eseguite ed in particolare:

- indicare i litri/minuto, in caso di somministrazione di ossigeno
- barrare la voce "Rimozione casco" se la rimozione del casco viene effettuata dall'équipe di soccorso del MSB
- barrare la voce "Estricazione" se effettuata utilizzando i presidi di estricazione
- barrare la voce "Estricazione rapida" se effettuata adottando la tecnica di estricazione veloce.

#### Presidi

Nella sezione "Presidi" indicare i presidi utilizzati durante il soccorso al Paziente.

#### Arresto cardiocircolatorio (ACC)

La sezione "Arresto cardiocircolatorio (ACC)" dovrà essere compilata secondo quanto di seguito specificato:

Evento rilevato da: specificare il soggetto/i soggetti che assistono all'evento

RCP già in corso: barrare la casella se la RCP è stata iniziata sul posto da persone presenti

Inizio RCP ore ...: indicare l'ora di inizio della RCP da parte dell'équipe di soccorso del MSB

ACC durante il trasporto: barrare la casella se l'ACC si verifica durante il trasporto del Paziente dal luogo dell'evento in ospedale

Nr. Shock: indicare il numero di shock eseguiti durante le manovre di BLS/D di MSB

Trasporto con RCP: barrare la casella se il trasporto in ospedale che avviene con manovre di RCP in corso

Deceduto: barrare la casella se viene constatato il decesso sul posto da parte di un Medico o se viene rilevato dal MSB per cause evidenti di morte (lesioni incompatibili con la vita) barrando contestualmente la voce della sezione "Lesioni e Aggravanti"

ROSC ore: indicare l'ora della ripresa del circolo spontaneo (polso centrale presente).

#### Note/Anamnesi AMPIA

Nella sezione "Note/Anamnesi AMPIA" dovranno essere riportate tutte le informazioni ritenute utili per meglio descrivere e comprendere l'evento.

#### Rifiuto trasporto

La sezione "Rifiuto trasporto" dovrà accogliere la firma del Paziente o del soggetto avente diritto, nel caso in cui il Paziente rifiuti il trasporto, unitamente a data e ora.

Per la gestione del rifiuto trasporto si rimanda all'istruzione operativa 05 AREU "Rifiuto trasporto".



### *Destinazione e codici di intervento*

Nella sezione "Destinazione" dovrà essere riportata la denominazione dell'Azienda/Istituto verso cui viene trasportato il Paziente, l'indicazione della Struttura di accesso (Pronto Soccorso o altra Struttura dell'Azienda/Istituto, da specificare) e l'ora di accettazione del Paziente.

Nella sezione "Codici" dovranno essere riportati:

- il codice assegnato dalla COEU per l'invio (codice con cui il mezzo viene inviato dalla sede di stazionamento al luogo dell'evento)
- il codice di primo riscontro (codice derivante dalla valutazione primaria dell'équipe di soccorso)
- il codice di trasporto (codice con il quale il MSB trasporta il Paziente in Ospedale).

In caso di rifiuto trasporto il codice di trasporto non dovrà essere riportato.