



# Corso Capiservizio



## **CORSO CAPISERVIZIO**

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*



# OBIETTIVI

1. COMUNICAZIONE CON COEU: uso del cellulare e gestione della chiamata
2. ASPETTI AMMINISTRATIVI: EmmaWeb e radio evoluta, relazioni di servizio e procedure interne
3. ASPETTI LEGALI



## **CORSO CAPISERVIZIO**

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*



# 1. COMUNICAZIONE

*il telefono*



- SOREU METROPOLITANA: 800383949
  - MILADY: 800118123
- SOREU ALPINA: 800251309
- SOREU LAGHI: 800012114



## **CORSO CAPISERVIZIO**

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*



SOREU METROPOLITANA  
**800383949**

- 1. CODICE ROSSO E GIALLO**
- 2. CODICE VERDE**
- 3. NON TRASPORTA**
- 4. LOGISTICA**
- 5. DISPONIBILITA' MEZZO,  
RADIO, ALTRO**



## **CORSO CAPISERVIZIO**

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*



# 1. COMUNICAZIONE

*la chiamata*

- **Identificarsi**
  - **Motivo della chiamata**
- **Valutazione del paziente attraverso ABCDE**
  - **Informazioni logistiche**
    - **privacy**



## **CORSO CAPISERVIZIO**

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*



## 2. ASPETTI AMMINISTRATIVI

*EmmaWeb e radio evoluta*

- **Comunicazioni di inizio operatività**
  - **Registrazione equipaggio**
  - **Accettazione della chiamata**
  - **Chiusura scheda missione**
- **Comunicazioni di fine operatività**



### **CORSO CAPISERVIZIO**

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*



# Comunicazione di inizio operatività

http://192.168.40.17/?ChkAperteChiuse=Aperte - emma - modulo web - Eventi attivi - Windows Internet

**emma** emergency management

BETA 80 GROUP

Gestione Eventi	Disponibilità	Anagrafiche	Utilità
Evento	Località	Indirizzo	Ora Missione
			Enti
			Guardie mediche
			Enti gestori mezzi
			Mezzi ed equipaggi
			Pazienti
			Reperibili
			Stazionamenti
			Pazienti Critici
			Soccorritori
			Medici di base
			Utenti telefonici

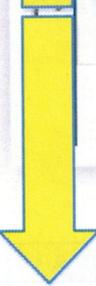




http://192.168.40.17/?Tipo\_Ente=MEZZI\_EQ - emma - modulo web - Gestione mezzi ed equipaggi - Windows Internet Explorer

**emma emergency management** BETA 80 GROUP Software Version n. 4.70.0 (agg. 03/11/2014)

Codice	Tipo mezzo	Stato mezzo	Convenzione	Radio	Canale	Aggiornato
	MEZZO SEGNAPOSTO	LIBERO	.			04/02/2015 09:06:00
Stazionamento	MILANO BIC_MI	Targa	Note	Pref/Tel		
BIC_MI_000	AMBULANZA TIPO A	LIBERO	NESSUNA			17/02/2015 08:33:53
Stazionamento		Targa AF621EC	NESSUNA	Pref/Tel		
BIC_MI_010	AMBULANZA TIPO A	ATTIVO	H12_3 H12_2 H12_EC G_3 H12_EC G_2	1182506	1	17/02/2015 08:32:24
Stazionamento	MILANO BIC_MI	Targa ES124PX	H24_3 H24_2 H24_EC G_3 H24_EC G_2 H6_3 H6_2	Pref/Tel	338 3560294	



Salva ed esci



### CORSO CAPISEVVIZIO

Busnago Soccorso Onlus  
Tel. 02-95764083  
E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)  
[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)



**PIN → OPERATIVO → LIBERO IN SEDE**



**CORSO CAPISERVIZIO**

Busnago Soccorso Onlus  
Tel. 02-95764083  
E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)  
[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)



http://192.168.40.17/?Tipo\_Frete=MEZZI\_EQ - emma - modulo web - Gestione mezzi ed equipaggi - Windows Internet Explorer

**emma** emergency management  
SETH SO GROUP  
Software Version n. 4.70.0 (agg. 03/11/2014)

Codice	Tipo mezzo	Stato mezzo	Convenzione	Radio	Canale	Aggiornato
	MEZZO SERRAPOSTO	LIBERO				04/02/2015 09:06:00
Stazionamento	MILANO BIC_MI	Targa	Note	Prof/Tel		
BIC_MI_000	AMBULANZA TIPO A	LIBERO	NESSUNA			17/02/2015 08:32:53
Stazionamento	MILANO BIC_MI	Targa 4421EC	Note	Prof/Tel		
BIC_MI_010	AMBULANZA TIPO A		HS_REC_2	1382006	1	17/02/2015 08:32:24
Stazionamento	MILANO BIC_MI	Targa 24D3	Note	Prof/Tel	338 3360294	



## CORSO CAPISERVIZIO

Busnago Soccorso Onlus  
Tel. 02-95764083  
E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)  
[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)



## Gestione DIRETTO Stazionamento di Partenza

1. Ad inizio dell'operatività confermare il mezzo **LIBERO IN SEDE** come da procedura ordinaria.



2. Richiedere lo stazionamento di destinazione e confermare l'arrivo in colonnina/distaccamento (quando arrivati) come da procedura ordinaria



**SO CAPISERVIZIO**

Busnago Soccorso Onlus

tel. 02-95764083

E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)

[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)





- B. Selezionando il pulsante **DIRETTO STAZ. DI PARTENZA** un avviso mostra lo stazionamento di destinazione assegnato. Confermare lo stato (se corretto) e proseguire con gli stati successivi come da procedura ordinaria.



VIZIO



Tel. 02-95764083  
E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)  
[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)



# Schermata iniziale

EMMAWeb - Eventi attivi - Windows Internet Explorer

**emma** emergency management  BETA 80 GROUP EMMAWeb ver. 4.67.1 (agg. 20/01/2014)

Gestione Eventi | Disponibilità | Anagrafiche | Utilità

Evento Località Indirizzo Ora Missione Mezzo Stato M T

Codice centrale: M11 | Operatore: SOCBUS | Allarmi: 0

start | EMMAWeb - Eventi at... | 18.56

Monitoraggio richiesta mezzi -- Fin...  
Missione  
  
Ultimo monitoraggio - 18:56:49  
https://85.18.5... ✓ Siti attendibili



EMMAWeb - Eventi attivi - Windows Internet Explorer

emma emergency management BETA 80 GROUP

EMMAWeb ver. 4.67.1 (agg. 20/01/2014)

Gestione Eventi   **Disponibilità**   Anagrafiche   Utilità

Evento   Località   Indirizzo

- Posti letto
- Risorse ospedaliere
- Farmacie
- Guardia medica
- Enti
- Mezzi per ente

**Disponibilità**

**Mezzi per Ente**

**① Registrare l'equipaggio**

Monitoraggio richiesta mezzi -- Fin...

Missione

Ultimo monitoraggio - 20:13:29

https://85.18.5 ✓ Siti attendibili

Codice centrale: MI1   Operatore: SOCBUS   Allarmi: 0

Fine

start   EMMAWeb - Eventi at...   Disco rimovibile (E:)   100%   20.13



EMMAWeb - Enti gestori mezzi - Windows Internet Explorer

**emma** emergency management  BETA 80 GROUP EMMAWeb ver. 4.67.1 (agg. 20/01/2014)

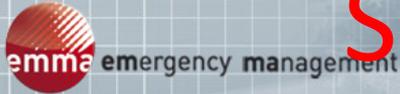
Tipo ente	Acronimo	Nome	Località	Comune	Zona
»» CROCE	SOCBUS	BUSNAGO SOCCORSO	BUSNAGO	BUSNAGO	MONZA

Selezionare Ente



# Selezionare codice mezzo msb

EMMAWeb - Gestione mezzi dell'evento per ente - Windows Internet Explorer



BETA 80 GROUP

EMMAWeb ver. 4.67.1 (agg. 20/01/2014)

Nome	CROCE	Località	BUSNAGO	Via	VIA ITALIA (SP 2) MONZA-TREZZO 19	
Acronimo	SOCBUS	Comune	BUSNAGO	MB	Zona	MONZA

## Elenco mezzi

Codice	Tipo mezzo	Stato mezzo	Convenzione	Radio	Canale	Aggiornato
»»	Stazionamento	LIBERO	-			11/02/2014 09:22:59
»»	Stazionamento	Targa	Note	Pref/Tel		
»»	SOCBUS_040	LIBERO	NESSUNA			18/12/2013 20:02:16
»»	Stazionamento	Targa	Note	Pref/Tel		
»»	SOCBUS_042	LIBERO	NESSUNA			01/04/2014 20:12:10
»»	Stazionamento	Targa	Note	Pref/Tel		
»»	SOCBUS_045	LIBERO	NESSUNA			31/03/2014 20:01:47
»»	Stazionamento	Targa	Note	Pref/Tel		
»»	SOCBUS_053	LIBERO	NESSUNA			16/07/2013 13:22:18
»»	Stazionamento	Targa	Note	Pref/Tel		
»»	SOCBUS_056	LIBERO	NESSUNA			01/04/2014 20:12:11
»»	Stazionamento	Targa	Note	Pref/Tel		
»»	SOCBUS_057	LIBERO	NESSUNA			01/04/2014 07:21:39
»»	Stazionamento	Targa	Note	Pref/Tel		
»»	SOCBUS_060	LIBERO	NESSUNA			03/10/2013 10:57:36
»»	Stazionamento	Targa	Note	Pref/Tel		

## Nuovo mezzo

Codice	Tipo mezzo	Stato mezzo	Convenzione	Radio	Canale
		LIBERO			
Stazionamento		Targa	Note	Pref/Tel	

javascript:void(0);

Siti attendibili

100%



# Inserire l'equipaggio

Clicca qui

EMMAWeb - Gestione equipaggio del mezzo SOCBUS\_042 -- Finestra di dialogo pagina Web

emma emergency management BETA 80 GROUP EMMAWeb ver. 4.67.1 (agg. 20/01/2014)

### Elenco equipaggio

Tipo equipaggio	Cognome	Nome	Legame con l'Ente	Ente di Appartenenza	Aggiornato	Flag Timbratura
AUTISTA	CAZZANIGA	DANIELE	DIPENDENTE	SOCBUS	01/04/2014 07:03:01	<input type="checkbox"/>
CAPO SERVIZIO	BRAMATI	SABRINA	DIPENDENTE	SOCBUS	01/04/2014 07:03:01	<input type="checkbox"/>
SOCCORRITORE	FAVORIDO	MICHELE	DIPENDENTE	SOCBUS	01/04/2014 07:03:01	<input type="checkbox"/>

Nuovo

Tipo equipaggio	Cognome	Nome	Legame con l'Ente	Ente di Appartenenza	Flag Timbratura
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				

https://85.18.../frame equipaggio.asp?IDEnte=2288&CdMezzo=SOCBUS\_042

- MEDICO
- INFERMIERE
- AUTISTA
- COMANDANTE
- PILOTA
- TECNICO ELI
- TECNICO CNSAS
- SOCCORRITORE
- CAPO SERVIZIO
- SOCC IN ADD

Aggiornato
11/02/2014 09:22:59
18/12/2013 20:02:16
01/04/2014 20:12:10
31/03/2014 20:01:47
16/07/2013 13:22:18
01/04/2014 20:12:11
01/04/2014 07:21:39
03/10/2013 10:57:36

Codice	Tip	Stato mezzo	Convenzione	Radio	Canale
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	LIBERO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stazionamento		Targa	Note	Pref/Tel	<input type="text"/>



Evento	Località	Indirizzo	Ora	Missione	Mezzo	Stato	M	T
1	140123842	TREZZO SULL'ADDA	TREZZO A. DA	18:59	140106737	SOCBUS_042	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

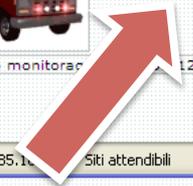


# ② Missione in arrivo

Monitoraggio richiesta mezzi -- Fin...

Missione
 140106737 <input checked="" type="checkbox"/>
Ultimo monitoraggio: 12

https://85.1... Siti attendibili



**Clicca per accettazione**



# ③ Chiusura scheda missione

EMMAWeb - Eventi attivi - Windows Internet Explorer

**emma emergency management** BETA 80 GROUP

Scheda non più attiva

EMMAWeb ver. 4.67.1 (agg. 20/01/2014)

Gestione Eventi    Disponibilità    Anagrafiche    Utilità

Eventi    zo    Ora    Missione    Mezzo    Stato    M    T

Ricerca    Eventi del giorno

Prenotazioni    Eventi precedenti

                 Pazienti del giorno

                 Pazienti precedenti

                 Missioni del giorno

**Gestione eventi**  
**Ricerca**  
**Missioni del giorno**

Codice centrale: MI1    Operatore: SOCBUS    Allarmi: 0

Monitoraggio richiesta mezzi -- Fin...  
Missione  
Ultimo monitoraggio - 20:19:07  
https://85.18.5/    Siti attendibili

Fine    Siti attendibili    100%    20.19



EMMAWeb - Missioni del giorno - Windows Internet Explorer

**emma emergency management**  
BETA 80 GROUP

Missione	Ora	Mezzo	Comune	Via	Evento
140106796	19:52	SOCBUS_042	BUSNAGO	ITALIA (SP 2) MONZA-TREZZO	140123888
140106797	18:59	SOCBUS_042	TREZZO SULL'ADDA	TREZZO A. DA	1401
140106633	17:14	SOCBUS_042	SULBIATE	VERDI G.	1401
140106443	14:08	SOCBUS_042	TREZZO SULL'ADDA	GIOTTO	1401
140106199	10:29	SOCBUS_042	ROBBIATE	NOVARINO	1401
140106017	07:49	SOCBUS_042	BELLUSCO	BERGAMO	1401



**Seleziona missione**

EMMAWeb - Scheda Missione N° 140106017 Evento 140123009 - Windows Internet Explorer

**emma emergency management**  
BETA 80 GROUP

Operatore		Cod.Evento	SOCCORSO PRIMARIO			
Codice mezzo	SOCBUS_0	Cod.Invio	ROSSO	Codice radio		
Tipo mezzo		Convenzione	H24_AED_3	Acronimo Ente	SOCBUS	
Stazionamento	BUSNAGO SOCBUS	Telefono	/	Intercettato		
Segnalazione missione	<input checked="" type="checkbox"/>	Medico	Inferm.	Notte	Allertato Eli.	<input type="checkbox"/>
01/04/2014 07:49:25						

	Ora/Data	Luogo destinazione	Località	Indirizzo
Partenza	07:51:44 01/04/2014		BUSNAGO	ITALIA (SP 2) MONZA-TREZZO
Arrivo	07:56:08 01/04/2014	INTERVENTO	BELLUSCO	BERGAMO
Partenza	08:26:42 01/04/2014			
Arrivo	08:38:07 01/04/2014	OSPEDALE	VIMERCATE	COSMA E DAMIANO SANTI
Partenza	08:52:27 01/04/2014	Luogo Destinazione	H VIMERCATE	
Inizio rientro	09:11:22 01/04/2014			
Fine Missione	09:28:45 01/04/2014	STAZIONAMENTO	BUSNAGO	ITALIA (SP 2) MONZA-TREZZO
PS allertato		Luogo fine missione	BUSNAGO SOCBUS	
Cod. mezzo	VERDE			

Esito Missione	REGOLARE	Sost. (min. tot.)	
Durata Missione	01:37	Chilometri totali	23
	Tempo effettivo	00:33	
	Tempo previsto	00:18	
		Km previsti	

**Riporta Fine Missione**

**Inserisci Km totali**

Fine

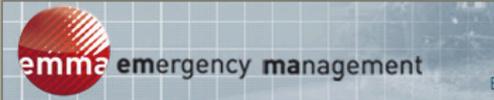
start EMMAWeb - Eventi at... EMMAWeb - Missioni ...

Fine

start EMMAWeb - Eventi at... EMMAWeb - Scheda ...



EMMAWeb - Scheda Missione N° 140106017 Evento 1



Operatore	
Codice mezzo	BUS_C
Tipo	
Stazione	BUSNAGO SOCBUS
Segnalazione missione	<input checked="" type="checkbox"/>
01/04/2014 07:49:25	
Orta/Data	Luogo
Partenza	07:51:44 01/04/2014
07:56:08 01/04/2014	INTE
01/04/2014	
08:52:27	OSPI
Inizio rientro	09:11:22 01/04/2014
Fine Missione	09:20:00
PS allertato	
Cod. trasporto	VERE
Esito Missione	REGOLARE
Durata Missione	01:37

Associa equipaggio

Inserisci paziente

EMMAWeb - Scheda Paziente N° 140095413 - Scheda di Evento N° 140123009 - Windows Internet Explorer



Paziente		Associaz.		Trauma Assoc.	
N.Pz.		Operatore		Data apertura	01/04/2014 07:48:00
<b>Dati Anagrafici</b>					
Cognome	MARTA	Telefono	/	ASL	
Nome	FIGRELLA	Sesso	FEMMINA		
Data nascita	14/06/1935	Età (Anni)	78	Pz. Pediatrico	<input type="checkbox"/>
		Fascia Età	65 - 80 anni	Peso (Kg)	
		Autorizzazione trattamento dati			<input type="checkbox"/>
<b>Patologie Progressiva 2</b>					
<b>Abitazione</b>					
Località	BELLUSCO				
Prov.	MB	Regione	...	Stato	
VIA	BERGAMO	N°	92 /		
<b>Residenza</b>					
Località	BELLUSCO				
Prov.	MB	Regione	...	Stato	
VIA	BERGAMO	N°	92 /		
<b>Dati Evento</b>					
Codice Invio	ROSSO	Classificazione	SOCCORSO PRIMARIO	Esiti/PIIP	REGOLARE
I riscontro		Ospedale	H VIMERCATE	Reparto	
II riscontro		Località	VIMERCATE	Data ricovero	01/04/2014 08:38:07
		ora		Medico	
<b>Segni e sintomi</b>					



# Anagrafica paziente

Paziente Associaz. Trauma Assoc.

N.Pz.  Operatore  Data apertura 01/04/2014 07:48:00

### Dati Anagrafici

Cognome	MARTA	Telefono	<input type="text"/> / <input type="text"/>	ASL	<input type="text"/>
Nome	FIGORELLA	Sesso	FEMMINA		
Data nascita	14/06/1935	Età (Anni)	78	Pz. Pediatrico	<input type="checkbox"/>
		Fascia Età	65 - 80 anni	Peso (Kg)	<input type="text"/>
		Autorizzazione trattamento dati	<input type="checkbox"/>		
Patologie Pregressa 1					
Patologie Pregressa 2					

### Abitazione

Località	BELLUSCO				
Prov.	MB	Regione	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
VIA	BERGAMO	N°	92	/	<input type="text"/>

### Residenza

Località	BELLUSCO				
Prov.	MB	Regione	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
VIA	BERGAMO	N°	92	/	<input type="text"/>

### Dati Evento

Codice Invio	ROSSO	Classificazione	SOCCORSO PRIMARIO	Esiti/PPIP	REGOLARE	Triage PS	<input type="text"/>
I riscontro	<input type="text"/>	Ospedale	H VIMERCATE	Reparto	<input type="text"/>	Follow-up	<input type="text"/>
II riscontro	<input type="text"/>	Località	VIMERCATE	Data ricovero	01/04/2014 08:38:07	Barella Lib.	<input type="text"/>
-	<input type="text"/>	ora	<input type="text"/>	Medico	<input type="text"/>		

### Segni e sintomi



# Associazione

Paziente   **Associaz.**   Trauma Assoc.

Evento	Perdita di coscienza	Postura di rinvimento	Supina	Ora insorgenza sintomi	07:40
Rilevazione	Perdita di coscienza				
Malore		1° val.	3° val.		
Convulsioni		09:18			
Avvelenamenti					
Travaglio/Parto					
Malessere					
Evento violento					
Infortunio					
Caduta					
Precipitato					
Altro					
FR	Incidente stradale (pedone/ciclo)				
	Incidente stradale (auto)				
Sat. a	Incidente stradale (conducente)	94			
	Incidente stradale (passeggero)				
Sat. O	Incidente stradale (moto)	98			
	Incidente stradale (altro)				
FC		120	100		
PA			160 / 90		
Temp					

Aggravante	-
Presenti	
MSA	<input checked="" type="checkbox"/>
MSI	<input type="checkbox"/>
CNSAS	<input type="checkbox"/>
VVF	<input type="checkbox"/>
CC	<input type="checkbox"/>
Polizia	<input type="checkbox"/>
Medico	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>

### Prestazioni/Interventi

Ossigeno	<input checked="" type="checkbox"/>
Aspirazione cavo orale	<input type="checkbox"/>
Cannula OF	<input type="checkbox"/>
Ventilazione	<input type="checkbox"/>
RCP	<input type="checkbox"/>
Applicazione DAE	<input type="checkbox"/>
Trasmissione ECG	<input type="checkbox"/>
Rimozione casco	<input type="checkbox"/>
Estricazione	<input type="checkbox"/>

### Presidi utilizzati

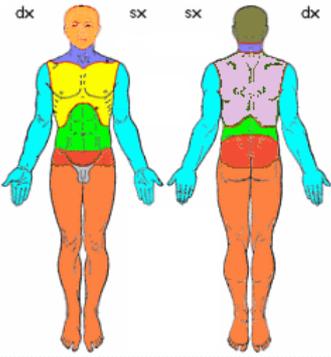
Collare cervicale	<input checked="" type="checkbox"/>
Barella cucchiaio	<input checked="" type="checkbox"/>
Tavola spinale	<input type="checkbox"/>
Sedia portantina	<input type="checkbox"/>
Materasso depressione	<input type="checkbox"/>
Estricatore	<input type="checkbox"/>
Steccobenda	<input type="checkbox"/>
Telo porta feriti	<input type="checkbox"/>
Fascia emostatica	<input type="checkbox"/>



# Trauma associazione

Paziente Associaz. Trauma Assoc.

Lesioni



dx sx sx dx

■ Testa ■ Volto ■ Collo ■ Torace  
■ Addome ■ Schiena ■ Bacino ■ Pelvi  
■ Arti Sup. DX, SX ■ Arti Inf. DX, SX

Distretto corporeo

Testa

Problema riscontrato

Contusione

Arto superiore -- Finestra di dialogo pagina Web

**Distretti**

<input checked="" type="radio"/> Arto superiore	<input type="radio"/> Clavicola	<input type="radio"/> Dita
<input type="radio"/> Gomito	<input type="radio"/> Mano	<input type="radio"/> Omero
<input type="radio"/> Pollice	<input type="radio"/> Polso	<input type="radio"/> Radio-Ulna
<input type="radio"/> Spalla		

**Problema riscontrato**

<input type="checkbox"/> Amputazione	<input type="checkbox"/> Frattura esposta	<input type="checkbox"/> Deformità
<input type="checkbox"/> Dolore	<input type="checkbox"/> Sanguinamento	<input type="checkbox"/> Emorragia massiva
<input type="checkbox"/> Ferita	<input type="checkbox"/> Ferita penetrante	<input type="checkbox"/> Lacerazione/schiacciamento
<input type="checkbox"/> Contusione	<input type="checkbox"/> Ustione	<input type="checkbox"/> Edema
<input type="checkbox"/> Lesioni incomp. con la vita	<input type="checkbox"/> Motilità assente	<input type="checkbox"/> Sensibilità assente

Immagine rilasciata in GNU Free Documentation License.

[https://85.18.54.29/paziente\\_new/chkTrauma.asp?opz=trauma\\_assoc&](https://85.18.54.29/paziente_new/chkTrauma.asp?opz=trauma_assoc&)

✓ Siti attendibili

Documentation License



# RICORDIAMOCI DI

Salvare il file



Archiviare la copia cartacea



**CORSO CAPISERVIZIO**

Busnago Soccorso Onlus

i4083

[busnagosoccorso.it](https://busnagosoccorso.it)

[7osoccorso.it](https://7osoccorso.it)

La scheda missione è un documento **LEGALE**



## 2. ASPETTI AMMINISTRATIVI

- **Scheda MSB**
- **Bolla interna**
- **Ricevute interne**
  - **Brogliaccio**
  - **Tabella di marcia**
  - **Scheda carburante**
- **Dettaglio spese di viaggio**
- **Schede di controllo e check list**
  - **Relazione DAE**
- **Ricevuta di trattenimento presidi MSB**



### **CORSO CAPISERVIZIO**

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*



# RELAZIONE DI SOCCORSO MSB

AAT

DATI INTERNI ENTE/ASS./COOP.

ENTE/ASS./COOP: **BUSNAGO SOCCORSO** Matr. AUTISTA: **014 DIP**  
 TARGA/COD. MEZZO: **B67** Matr. SOCC.: **072 DIP**  
 Km INIZIALI: **10114** Matr. SOCC.: **036 VOL**  
 Km FINALI: **10134** CONVENZIONE: **H13 Bus**  
 N° INTERNO: **Km tot 20** **FM 14:37**

## INFORMAZIONI RELATIVE AL SOCCORSO

SCHEDA MISSIONE N. **3 5 0 9 8 1** DATA **1 2 / 1 1 / 1 4** ORA ATTIVAZIONE **1 3 : 2 0**

LUOGO EVENTO	COMUNE <b>BELLUSCO</b>	NOTE <b>Scala sin Cit Mattavelli</b>	PRESENTI	<input checked="" type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> MSI	<input type="checkbox"/> CNSAS
	VIA/PIAZZA <b>VIA DELLE ALPI</b>			<input type="checkbox"/> VVF	<input checked="" type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> POLIZIA
	N. CIVICO <b>5</b> PIANO/SCALA <b>2/A</b>			<input type="checkbox"/> MEDICO	<input type="checkbox"/> ALTRO	

LUOGO EVENTO = DOMICILIO PAZIENTE

## INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE

COGNOME **Mattavelli** NOME **Mario** SESSO  M  F  
 DATA DI NASCITA **2 5 / 0 8 / 1 9 4 5** ETÀ **69** CITTADINANZA **Italiana**  
 COMUNE DI RESIDENZA **Mezzago** VIA/PIAZZA **Matteotti** N. CIVICO **3**

## EVENTO

<input type="checkbox"/> PERDITA DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> CONVULSIONI	<input type="checkbox"/> MALESSERE	<input type="checkbox"/> CADUTA	<input checked="" type="checkbox"/> INCIDENTE STRADALE
<input type="checkbox"/> PROBLEM. RESPIRAT.	<input type="checkbox"/> AVVELENAMENTI	<input type="checkbox"/> EVENTO VIOLENTO	<input checked="" type="checkbox"/> PEDONE/CICLO	<input type="checkbox"/> CONDUCENTE
<input type="checkbox"/> MALORE	<input type="checkbox"/> TRAVAGLIO/PARTO	<input type="checkbox"/> INFORTUNIO	<input type="checkbox"/> AUTO	<input type="checkbox"/> PASSEGGERO
<input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> ALTRO				

LUOGO DELL'EVENTO  CASA  STRADA  UFFICI/ESERCIZI PUBBL.  IMP. SPORTIVI  IMP. LAVORATIVI  ALTRO:



### CORSO CAPISERVIZIO

Busnago Soccorso Onlus  
 Tel. 02-95764083  
 E-mail: info@busnagosoccorso.it  
 www.busnagosoccorso.it



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE - RILEVAZIONE PARAMETRI			
POSTURA DI RINVENIMENTO		<input type="checkbox"/> IN PIEDI <input type="checkbox"/> SEDUTA <input checked="" type="checkbox"/> PRONA <input type="checkbox"/> SUPINA <input type="checkbox"/> LATERALE	
ORA DI INSORGENZA DEI SINTOMI		13 : 15	
1° VAL.   2° VAL.   3° VAL.		LESIONI E AGGRAVANTI	
ORE	13:35	13:50	
COSCIENZA	SVEGLIO	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A
	REAG. CHIAM.	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> V
	REAG. DOLORE	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> P
	INCOSCIENTE	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U
RESPIRO	NORMALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DIFFICOLTOSO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	ASSENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCOLO	PERIFERICO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CENTRALE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	RITMICO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	ARITMICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ASSENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUTE	CALDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FREDDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ROSEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CIANOTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PALLIDA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	SUDATA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FR	28	22	
SAT. ARIA	92		
SAT. O <sub>2</sub>	96	94	
FC	110	118	
PA	100/60	80/40	
TEMP. C°			
<b>RIFIUTO TRASPORTO / PRESIDI</b> Io sottoscritto/a, informato/a delle mie condizioni di salute e delle possibili conseguenze della mia decisione: <input type="checkbox"/> rifiuto il trasporto in Ospedale <input type="checkbox"/> rifiuto l'applicazione dei presidi. Rif. Istruzione operativa 05 AREU.			
DATA			
ORA			
FIRMA			
<b>LESIONI E AGGRAVANTI</b> 1 AMPUTAZIONE 2 FRATTURA ESPOSTA 3 DEFORMITÀ 4 DOLORE 5 SANGUINAMENTO 6 EMORRAGIA MASSIVA 7 FERITA 8 FERITA PENETRANTE 9 LACERAZ./SCHIACC. 10 CONTUSIONE 11 USTIONE 12 EDEMA 13 LESIONI INCOMPATIBILI CON LA VITA <input type="checkbox"/> PROIETTATO m _____ <input type="checkbox"/> INCASTRATO <input type="checkbox"/> ESTRICAZIONE >20 MIN. <input type="checkbox"/> ACCESSO DIFFICILE <input type="checkbox"/> PRESENZA DECEDUTI <input checked="" type="checkbox"/> MOTILITÀ ASSENTE <input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILITÀ ASSENTE			
<b>PRESTAZIONI/INTERVENTI</b> <input checked="" type="checkbox"/> OSSIGENO l/min <b>10</b> <input type="checkbox"/> ASPIRAZIONE CAVO ORALE <input type="checkbox"/> CANNULA OF <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> APPLICAZIONE DAE <input type="checkbox"/> TRASMISSIONE ECG <input type="checkbox"/> RIMOZIONE CASCO <input type="checkbox"/> ESTRICAZIONE ( <input type="checkbox"/> RAPIDA) <input type="checkbox"/> EMOSTASI <input checked="" type="checkbox"/> MEDICAZIONE FERITE IMMOBILIZZAZIONE: <input checked="" type="checkbox"/> ARTI <input checked="" type="checkbox"/> SPINALE <input checked="" type="checkbox"/> PROTEZIONE TERMICA			
<b>PRESIDI UTILIZZATI</b> <input checked="" type="checkbox"/> COLLARE CERVICALE <input type="checkbox"/> BARELLA CUCCHIAIO <input checked="" type="checkbox"/> TAVOLA SPINALE <input type="checkbox"/> SEDIA PORTANTINA <input type="checkbox"/> MATERASSO DEPRESSIONE <input type="checkbox"/> ESTRICATORE <input checked="" type="checkbox"/> STECCOBENDA <input type="checkbox"/> TELO PORTA FERITI <input type="checkbox"/> FASCIA EMOSTATICA			
<b>CPSS</b> <input type="checkbox"/> DEVIAZIONE RIMA LABIALE <input type="checkbox"/> SEGNI DI LATO <input type="checkbox"/> ALTERAZIONI DEL LINGUAGGIO			
<b>ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO (ACC)</b> <input type="checkbox"/> EVENTO RILEVATO DA _____ <input type="checkbox"/> RCP GIÀ IN CORSO <input type="checkbox"/> ACC DURANTE IL TRASPORTO <input type="checkbox"/> INIZIO RCP ORE _____:_____:_____ <input type="checkbox"/> NR. SHOCK _____			
<b>ESITO</b> <input type="checkbox"/> TRASPORTO CON RCP <input type="checkbox"/> DECEDUTO <input type="checkbox"/> ROSC ORE: _____:_____:_____			
<b>NOTE / ANAMNESI AMPIA</b> <p style="color: red; font-size: 1.2em;">Pz. Iperteso, cardiopatico portatore di PM Allergia nota a amoxicillina</p>			
<b>DESTINAZIONE E CODICI DI INTERVENTO</b> AZIENDA / ISTITUTO <b>HSG MONZA</b> <input checked="" type="checkbox"/> PRONTO SOCC. <input type="checkbox"/> _____ ORA ACCETTAZIONE <b>14:15</b>			
INVIO 1° RISCONTRO <input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> R TRASPORTO <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> R		N. MATRICOLA COMPILATORE <p style="color: red; font-size: 1.2em;"><b>072 DIP</b></p>	

Pz. Iperteso, cardiopatico portatore di PM  
Allergia nota a amoxicillina

654251

Mod. 16 Rev. 4 del 18.04.2012

ZIO

.it



Associazione Volontaria Interprovinciale di Soccorso - ONLUS

# BUSNAGO SOCCORSO

Sede Legale BUSNAGO (MB) 20874 via Italia n. 197 - C.F. 94575140150  
Tel. 02/95.76.40.83 - Fax 02/87.15.25.93 - Mail [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)

Tipologia Servizio  EMERGENZA  TRASPORTO  ASSISTENZA  AMMINISTRATIVO

Richiede  Ospedale  AREU  ASL  RSA  Comune  Coop.  Utente Privato

Tratta  Unidirez.  Con attesa  Dotazione  CMR  BLS  Attivazione  Transito  Sede:

Data \_\_\_\_\_ Mezzo \_\_\_\_\_ Bolla n. 08001 Prot. n. \_\_\_\_\_  
a cura dell'Amministrazione

Autista-Socc. \_\_\_\_\_  
cognome e nome (ovvero n. matricola)

Capo Servizio \_\_\_\_\_  
cognome e nome (ovvero n. matricola)

Operatore DAE \_\_\_\_\_  
cognome e nome (ovvero n. matricola)

Soccorritore \_\_\_\_\_  
cognome e nome (ovvero n. matricola)

Km Finali \_\_\_\_\_

Km Iniziali \_\_\_\_\_

Km Totali Percorsi \_\_\_\_\_

Inizio servizio \_\_\_\_\_ Codice d'invio \_\_\_\_\_ Codice di trasporto \_\_\_\_\_

Fine missione \_\_\_\_\_ **BVGR** **BVGRN**

Luogo d'intervento \_\_\_\_\_  
indirizzo completo (ovvero ospedale e reparto) in cui si preleva il paziente

Destinazione \_\_\_\_\_ domicilio oppure ospedale (con specifica del reparto) **Evento**  MEDICO  TRAUMA  +  PAZIENTE INTUBATO

Paziente \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_ gg/mm/aa

Abitante a \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ via e n. civico \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ preferibilmente cellulare

Altri Pz.?  NO  SI QUANTI? \_\_\_\_\_ **Esito**  REGOLARE  IRREGOLARE: \_\_\_\_\_  
compilare una bolla per ogni pz. trasportato

Pedaggi?  NO  SI: \_\_\_\_\_ **Presidi trattenuti** \_\_\_\_\_  
riportare ogni transito Autostradale - Arsa C dettagliare quanto affidato al PS (ferri comunque rilasciare il modulo AREU)

Note \_\_\_\_\_  
segnare Titolo (p.e. parente, medico, infermiere), Cognome e Nome di TUTTI gli accompagnatori a bordo del veicolo, eventuali difformità nell'espletamento del servizio

Missione n. \_\_\_\_\_ Fermo Macchina \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
referenti della committente nel formato h3mm

Area for stamp and signature.

per ogni TRASPORTO IN CONVENZIONE è necessario, a certificazione del regolare espletamento del servizio, apporre TIMBRO E FIRMA dei REPARTI (cedente/ricavato) comprensivi degli ORARI

ONLUS iscritta nel Registro Generale del Volontariato di Regione Lombardia con D.G.R. 12/02/01 n. 3029 e nel Registro Regionale Persone Giuridiche con D.G.R. 28/08/14 n. 7913 - Acquisizione dei dati personali in conformità al D.Lgs. 196/03 - Autorizzazioni Sanitarie a norma di Legge -

specificare qualora non presente nell'elenco

specificare: a vuoto, interrotto, rifiuto ricovero, non necessaria...



## CORSO CAPISERVIZIO

Busnago Soccorso Onlus  
Tel. 02-95764083  
E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)  
[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)



Associazione Volontaria Interprovinciale di Soccorso - ONLUS

# BUSNAGO SOCCORSO

Sede Legale **BUSNAGO (MB)** 20874 via Italia n. 197 - C.F. 94575140150  
Tel. 02/95.76.40.83 - Fax 02/87.15.25.93 - Mail [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)

Riferimento Bolla n. \_\_\_\_\_ Ricevuta n. \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_  
a cura dell'Amministrazione

Data \_\_\_\_\_ Mezzo \_\_\_\_\_ Operatore \_\_\_\_\_  
cognome e nome (non utilizzare il n. matricola)

Tipologia Servizio  EMERGENZA  TRASPORTO  ASSISTENZA **Tratta**  UNIDIREZ.  CON ATTESA

Beneficiario \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Luogo Intervento \_\_\_\_\_

Destinazione \_\_\_\_\_

Quota Rimborso \_\_\_\_\_

Riaddebito Spese \_\_\_\_\_  
pedaggi e spese postali

Erogazione Liberale \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Importo Totale \_\_\_\_\_ Firma per Quietanza \_\_\_\_\_

Esente da Imposta di Bollo e di Registro - Legge 11 agosto 1991 n. 266 art. 8



## CORSO CAPISERVIZIO

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*



## BUSNAGO SOCCORSO O.N.L.U.S.

### REGISTRO di SEDE dei SERVIZI ISTITUZIONALI - Movimentazione Automezzi



N°servizio Interno	Data (gg/mm/aa)	N° Scheda Committente	Orario Inizio	Cod. Invio	Tipologia Servizio (Dettagli Fatturazione)	Target Indirizzo Completo		Cod. Trasp.	Destinazione (Es. Domicilio/ P.S. di...)	Mezzo Implegato	Equipaggio		Km. Percorsi	Orario Fine	Incassato Euro
											Autista	Capo Servizio			
	26/03/15	-	9,10	B	BLS Uni - Privato	H Vimercate - Rosa Rossa	Rossi Mario	B	Hospice Santa Maria delle Grazie	B 48	Corti R.	Mariani N.	41	11,15	53,00
	26/03/15	105836	14,03	V	BLSdp - 118 Metro - Gettone	Gessate, v. Aturia	Mauri Claudio	B	Rifiuto Trasporto	B 53	Ferlicca C.	Bramati S.	7	14,41	
	26/03/15		9,30	G	CMR - Ass. Vime	H Vimercate - Emodinamica	Emodinamica Urgente	B	Stand-by Diagnostica	B52	Della Torre S.	Ghio F.	0	11,00	
	26/03/15		10,15	R	CMR Uni - Osp. Vime	Ps Vimercate	Paolo Rossi	G	H San Raffaele - NeuroRianimazione	B 64	Dominoni S.	Todaro M.	76	1,24	
	26/03/15	102513	9,21	R	VLV - 118 Metro	Desio, v. Monte Bianco 25	Bianchi Paolo	N	Pz non Trasportato	3931	Mazzabò G.	Dr. Gubitosa F.	4	10,13	
	26/03/15	-	8,40	B	BLS -Uni- Amministrativo	Roxracing seregno	Tagliando	B	Sede Desio	B 60	Marino S.	Andreotti D.	7	17,15	
	26/03/15	48212/05	11,00	B	BLS - Dialisi A	Sirtori, v. Resegone	Valenti Filippo	B	Policlinico Città di Monza	B 59	Zimbaldi A.	Secomandi G.	70	13,30	

CMR - Ass. Vime	BLS Uni - Osp. Vime
CMR - Ass. Desio	BLS A&R - Osp. Vime
VLV - Assistenza	CMR Uni - Osp. Vime
Bus - Assistenza	CMR A&R - Osp. Vime
CMR - Assistenza	VLV Uni - Osp. Vime
BLS - Assistenza	VLV A&R - Osp. Vime
BLS - Dialisi A	Bus - Uni - Osp Vime
BLS - Dialisi R	Bus - A&R Osp Vime
Bus Uni - Privato	BLS Uni - Osp. Desio
Bus - A&R - Privato	BLS A&R - Osp. Desio
VLV Uni - Privato	CMR Uni - Osp. Desio
VLV - A&R - Privato	CMR A&R - Osp. Desio
BLS Uni - Privato	VLV Uni - Osp. Desio
BLS A&R - Privato	VLV A&R - Osp. Desio
CMR -Uni - Privato	Bus - Uni - Osp Desio
CMR -A&R - Privato	Bus - A&R Osp Desio
Bus -Uni - Europ Ass.	VLV - 118 Metro
Bus A&R - Europ Ass.	VLV - 118 Laghi
BLS -Uni - Europ Ass.	BLSdp - 118 Metro - Convenzione
BLS -A&R - Europ Ass.	BLSdp - 118 Metro - Gettone
VLV -Uni - Europ Ass.	BLSdp - 118 Laghi - Gettone
VLV -A&R - Europ Ass.	BLS -Uni- Amministrativo
CMR - Uni- Europ Ass.	BLS -A&R- Amministrativo
CMR - A&R- Europ Ass.	VLV -Uni- Amministrativo
CMR -Uni - ECMO	VLV - A&R- Amministrativo
VLV Uni -ECMO	Bus - Uni- Amministrativo
	Bus -A&R- Amministrativo





### TABELLA DI MARCIA

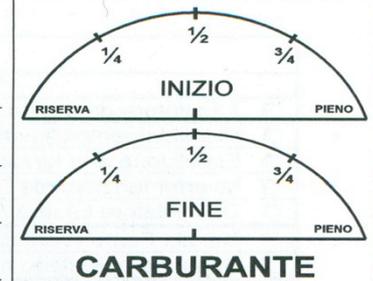
Data \_\_\_\_\_  
 Km. Finali \_\_\_\_\_  
 Km. Iniziali \_\_\_\_\_  
 Km. Totali Percorsi \_\_\_\_\_

### Equipaggio A

Autista \_\_\_\_\_  
 Dr./C.S. \_\_\_\_\_  
 Inf./Socc. \_\_\_\_\_  
 Soccorr. \_\_\_\_\_

### Equipaggio B

Autista \_\_\_\_\_  
 Dr./C.S. \_\_\_\_\_  
 Inf./Socc. \_\_\_\_\_  
 Soccorr. \_\_\_\_\_



Paziente	Tratta	Partenza	In posto	Dal posto	Target	Attesa	Fine	Km.	Autista	Note
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									
	Unidirez. Con attesa									



### CORSO CAPISEVIZIO

Busnago Soccorso Onlus  
 Tel. 02-95764083  
 E-mail: info@busnagosoccorso.it  
 www.busnagosoccorso.it



## CONTROLLI MECCANICI

Ora ..... Autista .....

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anabaglianti            | <input type="checkbox"/> Luci di arresto (STOP) | <input type="checkbox"/> Dispositivi acustici       |
| <input type="checkbox"/> Abbaglianti + posizione | <input type="checkbox"/> Luce retromarcia       | <input type="checkbox"/> Luci vano sanitario        |
| <input type="checkbox"/> Indicatori di direzione | <input type="checkbox"/> Cicalino retromarcia   | <input type="checkbox"/> Inverter                   |
| <input type="checkbox"/> Fendi. + retronebbia    | <input type="checkbox"/> Dispositivi luminosi   | <input type="checkbox"/> Presenti danni carrozzeria |

ANNOTAZIONI / MALFUNZIONAMENTI

## CONTROLLI VANO SANITARIO

Ora ..... CapoServizio .....

Pressione Bombe FISSE	1 .....	2 .....	3 .....
Pressione Bombe PORTATILI	1 .....	2 .....	3 .....
Pressione Bombe VENTILATORE	1 .....	2 .....	3 .....

ANNOTAZIONI / MALFUNZIONAMENTI

Elencare il materiale mancante e che è stato ripristinato:

.....

.....

.....

Elencare il materiale mancante NON ripristinato (p.e. per indisponibilità in sede):

.....

.....

.....

Segnalazioni per responsabile Sanità:

.....

.....

.....



**CORSO CAPISERVIZIO**

Busnago Soccorso Onlus

Tel. 02-95764083

E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)

[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)



Associazione Volontaria Interprovinciale di Soccorso

## BUSNAGO SOCCORSO o.n.l.u.s.

Sede Legale: BUSNAGO (MB) 20874 via Italia, 197 - Distaccamenti: Basiano (Mi) - Robbiate (Lc) - Vaprio d'Adda (Mi)

Cod. Fisc. n. 94575140150 - Tel. 039/ 68.200.85 - Fax 039/ 69.580.45 - info@busnagosoccorso.it - www.busnagosoccorso.it

### ACQUISTO CARBURANTE PER AUTOTRAZIONE (D.P.R. 10/11/1997 n. 444)

SCHEDA CARBURANTE N. \_\_\_\_\_ Automezzo \_\_\_\_\_ Identificativo \_\_\_\_\_ Targa \_\_\_\_\_

Mese \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Contachilometri inizio mese \_\_\_\_\_ Contachilometri fine mese \_\_\_\_\_ Km. percorsi \_\_\_\_\_

Rifornimento di Carburante			Spazio riservato all'Addetto dell'Impianto di Distribuzione	
n.	data	Importo €	Timbro e firma (obbligatori)	
01	26/03/15	€ 52,00	034 dip. BRAMATI S.	ESSO BELLUSCO
02				
03				
04				
05				
06				



### CORSO CAPISERVIZIO

Busnago Soccorso Onlus

Tel. 02-95764083

E-mail: info@busnagosoccorso.it

www.busnagosoccorso.it







Busnago Soccorso Onlus

<b>Scheda Controllo</b> <input type="checkbox"/> Lifepak 500 <input type="checkbox"/> Lifepak 1000		<b>Numero inventario</b>
Nome operatore: _____		
Data controllo: _____	Ora controllo: _____	

L'apparecchio presenta crepe, lesioni a livello del guscio, dei connettori, dei cavi del monitor?	<input type="checkbox"/> SI >>> NON OPERATIVO <input type="checkbox"/> NO
L'apparecchio presenta macchie, aloni, o tracce di sporco? (Se SI provvedere a pulizia con panno inumidito)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Problema risolto
Il display sul manico presenta il simbolo chiave inglese o batteria?	<input type="checkbox"/> SI >>> NON OPERATIVO <input type="checkbox"/> NO
2 Rasoi per tricotomia	
1 Forbice taglia- abiti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2 Confezioni garze sterili per asciugatura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2 Confezioni elettrodi per defibrillazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO >>> RIMPIAZZARE Data scadenza: _____ Data scadenza: _____

NON E' NECESSARIO ACCENDERE IL DAE PER VERIFICARNE IL FUNZIONAMENTO!

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma leggibile operatore \_\_\_\_\_



## CORSO CAPISERVIZIO

Busnago Soccorso Onlus  
Tel. 02-95764083  
E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)  
[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)



Scheda Controllo Lifepak 12		Modello: <input type="checkbox"/> Base PM <input type="checkbox"/> IBP <input type="checkbox"/> Capno	
Nome operatore:			
Data controllo:		Ora controllo:	
L'apparecchio presenta crepe, lesioni a livello del guscio, dei connettori, dei cavi del monitor?	<input type="checkbox"/> SI >>> NON OPERATIVO <input type="checkbox"/> NO		
L'apparecchio presenta macchie, aloni, o tracce di sporco? (Se SI provvedere a pulizia con panno inumidito)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Problema risolto		
"Prova utente": prova utente riuscita? <i>Allegare la prova utente alla presente scheda graffettandola.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO >>> NON OPERATIVO		
Energia erogata correttamente dopo utilizzo "TEST-LOAD"?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO >>> NON OPERATIVO		
2 confezioni di elettrodi per defibrillazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Almeno 30 elettrodi per ECG	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Cavo defibrillazione "fast-patch" già connesso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1 sonda SpO <sub>2</sub> a pinza con relativa prolunga	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1 sonda SpO <sub>2</sub> pediatrica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
2 rasoi per tricotomia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1 cavo a 4 deriv. + 6 derivazioni precordiali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1 cavo PSNI + bracciale	<input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Pediatrico <input type="checkbox"/> Neonatale		
1 rotolo di carta di scorta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
2 batterie completamente cariche e funzionanti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO >>> Sostituire batterie <input type="checkbox"/> Batteria da rigenerare nome _____ <input type="checkbox"/> Batteria da rigenerare nome _____		
2 confezioni di garze sterili	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
2 sensori capnometria per tubo endotracheale (LP 12 CAPNO o EmmaCapnometer)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1 occhialino per EtCO <sub>2</sub> non invasiva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1 Capnometro EmmaCapnometer (LP 12 Base)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 2 batterie microstilo scorta : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1 cavo pressioni invasive BBRAUN (solo IBP)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1 cavo pressioni invasive BD-PLAST (solo IBP)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

- 1) Lasciare sempre l'apparecchio sotto carica, prima e dopo l'utilizzo (sulle ambulanze dotate di INVERTER anche durante la marcia)
- 2) Segnalare sempre le anomalie eventualmente riscontrate
- 3) Non appoggiare nulla sopra al defibrillatore
- 4) Verificare sempre funzionalità pressione non invasiva e saturimetro
- 5) Allegare la stampa della Prova Utente ed erogazione energia al presente registro
- 6) Lasciare sempre i connettori dei cavi connessi rispettando la disposizione del materiale

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma leggibile operatore \_\_\_\_\_



## CORSO CAPISEVIZIO

Busnago Soccorso Onlus

Tel. 02-95764083

E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)



### CHECK-LIST VENTILATORI

Oxylog 2000 Plus  Oxylog 3000  Oxylog 3000 Plus  Savina

Nome operatore:

Data e ora controllo:

#### Materiale serie Oxylog

- 1 circuito paziente completo di valvola (tasca anteriore)
- 1 pallone prova di colore blu, marchiato Drager con annesso raccordo a gomito
- 1 caricabatteria da 220 v  1 bombola O2 da 2 litri (min 100 atm)
- 1 manometro con flussometro per O2 + presa UNI (già connesso alla bombola)
- 1 tubo connessione O2 veloce

#### Materiale Savina

- 1 circuito paziente completo di valvola (tasca anteriore)
- 1 pallone va e vieni 2 lt
- 1 cavo caricabatteria da 220 v  1 bombola O2 da 7 litri (min 100 atm)
- 1 manometro con flussometro per O2 + presa UNI
- 1 tubo connessione O2 veloce  1 battery pack

#### Controlli di funzionalità

1. Il ventilatore presenta crepe, rotture, o altri segni di danneggiamento visibili?	<input type="checkbox"/> SI – Non operativo <input type="checkbox"/> NO
2. Connesso alla rete elettrica, il ventilatore segnala di essere in carica ? (luce accesa sopra simbolo batteria).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO – Non operativo
3. Il display visualizza correttamente i messaggi senza presentare linee led spente o altri segni di danneggiamento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO – Segnalare
4. Connettere il ventilatore all'impianto dell'ossigeno centralizzato tramite l'apposito tubo a spirale, connettere il circuito paziente ed il pallone prova marchiato Drager: eseguire la prova utente.	Prova utente riuscita? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO – Non operativo (riportare il tipo di errore visualizzato sul display)
5. La bombola di ossigeno portatile contiene almeno 100 atm?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO – Sostituire
6. La valvola paziente presenta rotture o segni di lesione?	<input type="checkbox"/> SI – Non operativo <input type="checkbox"/> NO

Annotazioni:.....  
.....  
.....

N.b.: La procedura per la verifica del respiratore Savina si trova in seconda di copertina.

Firma Operatore

.....



## CORSO CAPISERVIZIO

Busnago Soccorso Onlus

Tel. 02-95764083

E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)

[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)



Busnago Soccorso Onlus

**Scheda Controllo Corpuls 3**

Modello:  Temp  Base

Nome operatore: \_\_\_\_\_

Data controllo: \_\_\_\_\_

Ora controllo: \_\_\_\_\_

L'apparecchio presenta crepe, lesioni a livello del guscio, dei connettori, dei cavi del monitor?	<input type="checkbox"/> SI >>> NON OPERATIVO <input type="checkbox"/> NO
L'apparecchio presenta macchie, aloni, o tracce di sporco? (Se SI provvedere a pulizia con panno inumidito)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Problema risolto
"Prova utente": prova utente riuscita?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO >>> NON OPERATIVO
Energia erogata correttamente	Cavo piastre monouso <input type="checkbox"/> SI Piastrine pluriuso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO >>> NON OPERATIVO
1 confezione di elettrodi per defibrillazione PED	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2 confezioni di elettrodi per defibrillazione ADU	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Almeno 20 elettrodi per ECG	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Test connessione moduli	<input type="checkbox"/> Riuscito <input type="checkbox"/> Non riuscito (NON OPERATIVO)
1 sonda SpO <sub>2</sub> a pinza con relativa prolunga	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1 sonda SpO <sub>2</sub> pediatrica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2 rasoio per tricotomia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1 cavo a 4 deriv. + 6 derivazioni precordiali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1 cavo PSNI + bracciale	<input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Pediatrico <input type="checkbox"/> Neonatale
1 rotolo di carta di scorta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Autonomia batterie > 120 min	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mess. errore batterie (NON OPERATIVO)
2 sensori temperatura (1 piattina/1 cilindrica)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1 cavo pressione invasiva BBRAUN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

- 6) Lasciare sempre l'apparecchio sotto carica, prima e dopo l'utilizzo (sulle ambulanze dotate di INVERTER anche durante la marcia)
- 7) Segnalare sempre le anomalie eventualmente riscontrate
- 8) Non appoggiare nulla sopra al defibrillatore
- 9) Verificare sempre funzionalità pressione non invasiva e saturimetro
- 10) Lasciare sempre i connettori dei cavi connessi rispettando la disposizione del materiale

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma leggibile operatore \_\_\_\_\_

N.b.: Istruzioni di verifica ad inizio registro.



**CORSO CAPISEVIZIO**

Busnago Soccorso Onlus

Tel. 02-95764083

E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)

[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)



## SCHEDA DAE

### DATI INTERVENTO

Data e ora	
Scheda missione	
Postazione	
Operatore DAE	
Cod. Invio verso il luogo dell'evento	
Cod. Trasporto verso l'Ospedale	
Ospedale di destinazione	

### DATI PAZIENTE

All'arrivo Pz trovato	<input type="checkbox"/> Cosciente	<input type="checkbox"/> Incosciente
Se trovato cosciente quando perde coscienza?		
<input type="checkbox"/> Durante la valutazione primaria	<input type="checkbox"/> Durante il trasferimento in ambulanza, dopo aver comunicato con la COEU	
<input type="checkbox"/> Durante il trasporto in Ospedale	<input type="checkbox"/> All'ingresso dell'ospedale	
Perdita di coscienza con testimoni?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
RCP iniziata dai testimoni	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Che tipo di testimoni	<input type="checkbox"/> Sanitari	<input type="checkbox"/> Non sanitari
Nominativo paziente		
Data e luogo di nascita		
Sesso paziente	<input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio
Patologie note	<input type="checkbox"/> Respiratoria	<input type="checkbox"/> Tumorale
	<input type="checkbox"/> Cardiocircolatoria	<input type="checkbox"/> Ipertensione
	<input type="checkbox"/> Neurologica	<input type="checkbox"/> Diabete
	Altro: _____	

### DATI EVENTO

Evento:	<input type="checkbox"/> Traumatico	<input type="checkbox"/> Non traumatico
Numero flash-card		
Esito prima analisi	<input type="checkbox"/> Shock indicato	<input type="checkbox"/> Shock non indicato
Numero totale analisi effettuate:	Shock totali erogati dal DAE:	
Ricomparsa segni di circolo prima dell'arrivo in PS	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Intervento MSA	<input type="checkbox"/> No	Si: <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MSB + Infermiere
Ricomparsa segni di circolo prima dell'arrivo dell' ALS	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Luogo evento	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Strada
	<input type="checkbox"/> Luogo pubblico	<input type="checkbox"/> Ambito lavorativo
	Altro: _____	

## CORSO CAPISERVIZIO

Busnago Soccorso Onlus

Tel. 02-95764083

E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)

[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)





**RITARDO nell'APPLICAZIONE del DAE, per PROBLEMI LEGATI a:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acqua               | <input type="checkbox"/> Disostruzione delle vie aeree |
| <input type="checkbox"/> Astanti             | <input type="checkbox"/> Preparazione del torace       |
| <input type="checkbox"/> Accessibilità Luogo | <input type="checkbox"/> Altro _____                   |

**RITARDO nell'EROGAZIONE dello SHOCK, per PROBLEMI LEGATI a:**

- Sicurezza  
Altro: \_\_\_\_\_

**BREVE RELAZIONE DELL'EVENTO**

Attivati in cod. Rosso, pz trovato supino a terra.  
Iniziato protocollo DAE 1 analisi shock consigliato, altre 3 analisi shock non indicato, in accordo con C.O. si trasporta in cod. Rosso in Ps Vimercate. Rcp durante il trasporto.

**PROBLEMI SUL LUOGO DELL'EVENTO**

NESSUNO

**PROBLEMI DURANTE IL TRASPORTO**

NESSUNO

**PROBLEMI DURANTE LA CONSEGNA IN PRONTO SOCCORSO**

NESSUNO

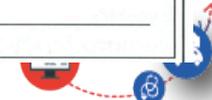
**CORSO CAPISERVIZIO**

Busnago Soccorso Onlus

Tel. 02-95764083

E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)

[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)





ARTICOLAZIONE AZIENDALE TERRITORIALE  
MONZA E BRIANZA

### RICEVUTA DI TRATTENIMENTO PRESIDI MSB

Ente di Soccorso	
Ambulanza n°	
Convenzione	
Missione n°	

Pronto Soccorso	
-----------------	--

#### I SEGUENTI PRESIDI MSB RIMANGONO IN CARICO ALLA STRUTTURA SANITARIA

<input type="checkbox"/> Barella ambulanza	<input type="checkbox"/> Steccobenda a depressione → quantità _____
<input type="checkbox"/> Collare cervicale	<input type="checkbox"/> Steccobenda rigida → quantità _____
<input type="checkbox"/> Immobilizzatore spinale	<input type="checkbox"/> Tavola spinale → <input type="checkbox"/> Fermacapo → <input type="checkbox"/> Ragno
<input type="checkbox"/> Materassino a depressione	<input type="checkbox"/> Telo da trasporto
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Altro

Note .....
.....

Data	Ora	Firma e matricola del Sanitario
_____	_____	_____



### CORSO CAPISEVIZIO

Busnago Soccorso Onlus  
Tel. 02-95764083  
E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)  
[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)



## 3. ASPETTI LEGALI

- **Il ruolo del soccorritore**
- **Responsabilità di custodia dati**
  - **Privacy**
- **Conservazione documentazione**
  - **TSO e ASO**
- **Minore, incapace e interdetto**
  - **Violazione di domicilio**



### **CORSO CAPISERVIZIO**

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*



# ASO E TSO

## A CHI SI RIVOLGE:

- Pazienti Psichiatrici che necessitano di interventi urgenti, ma che li rifiutano
- Familiari dei pazienti
- Medici di medicina generale, del servizio di continuità assistenziale, del servizio di emergenza urgenza, del dipartimento di prevenzione ASL, dell' Unità Operativa di Psichiatria (UOP) e dell' Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile dell'Adolescenza (UONPIA)
- Sindaci
- Polizia Locale e Forze dell'Ordine



## **CORSO CAPISERVIZIO**

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*



# TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

- Il trattamento sanitario obbligatorio, istituito dalla legge n. 180/1978 legge Basaglia e attualmente regolamentato dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833 (articoli 33-35), è un atto composito, di tipo medico e giuridico, che consente l'effettuazione di determinati accertamenti e terapie ad un soggetto affetto da malattia mentale che, anche se in presenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, rifiuti il trattamento (solitamente per mancanza di consapevolezza di malattia).
- Il concetto di T.S.O. basato su valutazioni di gravità clinica e di urgenza e, quindi, inteso come una procedura esclusivamente finalizzata alla tutela della salute e della sicurezza del paziente, ha sostituito la precedente normativa del 1904 riguardante il "ricovero coatto" (legge n. 36/1904), basato sul concetto di "pericolosità per sé e per gli altri e/o pubblico scandalo", concetto maggiormente orientato verso la difesa sociale.



## CORSO CAPISERVIZIO

Busnago Soccorso Onlus

Tel. 02-95764083

E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)

[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)



- Il T.S.O. viene disposto dal sindaco del comune (il sindaco è la massima autorità sanitaria di un comune) presso il quale si trova il paziente, su proposta motivata da due medici, di cui almeno uno appartenente alla ASL territoriale del comune stesso. Il T.S.O. può essere eseguito sia in ambito ospedaliero che presso l'abitazione o altra sede. La procedura impone, infine, la convalida del provvedimento del sindaco da parte del giudice tutelare di competenza.
- Il T.S.O. ospedaliero viene disposto quando:
  - una persona affetta da malattia mentale necessita di trattamenti sanitari urgenti;
  - rifiuta il trattamento;
  - non sia possibile prendere adeguate misure extraospedaliere.
- Il T.S.O. ha una durata massima di sette giorni, ma può essere eventualmente rinnovato su richiesta di uno psichiatra nel caso in cui persistessero i requisiti richiesti per l'attuazione, quindi, prolungato. Durante il T.S.O., che si svolge nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, e può essere trasformato, in qualunque momento, in ricovero volontario su richiesta del paziente, viene mantenuto anche, per quanto possibile, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.
- Per quanto riguarda il T.S.O., la legge indica la scelta del luogo di ricovero nei Centri di Salute Mentale (CSM) o, dove assenti o per diversa valutazione, nei reparti di psichiatria esistenti negli ospedali generali (i cosiddetti Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, o SPDC).



## **CORSO CAPISERVIZIO**

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*



# ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

- L'**accertamento Sanitario Obbligatorio (A.S.O.)** è una procedura legale, valida in tutta Italia, che consiste nel visitare un paziente con problemi psichici critici che non accetti di sottoporsi volontariamente ad una visita medica.
- Per ottenere l'A.S.O. è necessario un certificato medico, eseguito o dal medico di famiglia o dall'Ufficio di Igiene Mentale; inoltre per attivare l'A.S.O., sia nei casi urgenti (entro 2 giorni) sia in quelli non urgenti (al massimo 7 giorni) è necessaria una ordinanza del Sindaco, che viene emessa solamente dopo la consegna del certificato medico.

L'esito dell'A.S.O. può essere:

- negativo, nel caso il paziente non mostri una necessità di trattamento;
- positivo, e quindi sfocerà nel trattamento sanitario volontario, nel caso il paziente accetti le cure;
- interlocutorio, se il medico prevede di rivisitare entro 72 ore il paziente prima di assumere una nuova decisione;
- media criticità, che prevede il Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.).
- altamente critico, che evidenzia una situazione di urgenza e prevede il trasporto del paziente presso il più vicino Dipartimento di Emergenza psichiatrico per un Trattamento Sanitario.



**CORSO CAPISERVIZIO**

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*



# DOMANDE ?



## **CORSO CAPISERVIZIO**

*Busnago Soccorso Onlus*

*Tel. 02-95764083*

*E-mail: [info@busnagosoccorso.it](mailto:info@busnagosoccorso.it)*

*[www.busnagosoccorso.it](http://www.busnagosoccorso.it)*