

NOMINATIVO _____
 ASSOCIAZIONE _____
 DATA _____

09_ CAPITOLO K: EVENTO NEUROLOGICO: CRISI CONVULSIVA

Informazioni dalla centrale: Persona epilettica nota in fase post critica, incosciente NON ha subito traumi.....

MSA/MSI: ☐ si ☐ no FORZE dell'ORDINE in POSTO: ☐ si ☐ no

VALUTAZIONE	INTERVENTO	ESITO	✓
Prearrivo	☐ Assegna incarichi		
Valutazione della scena	☐ Chiede una descrizione della scena ☐ "Colpo d'occhio" ☐ Verifica la presenza di ostacoli al trasporto	Paziente supino sul divano, roseo, non parla. Nessun ostacolo, paziente in soggiorno spazi ampi	
Autoprotezione	☐ Indossa presidi di protezione individuali		
A Vie aeree	☐ Chiama il paziente, si presenta e qualifica tranquillizza il paziente ☐ Verifica le vie aeree	Paziente NON risponde. Vie aeree pervie.	
B Respiro	☐ Osserva meccanica respiratoria ☐ Palpa delicatamente il torace ☐ Ascolta rumori respiratori ☐ Conta atti respiratori ☐ Saturimetria senza O ₂ ☐ Fa mettere maschera O ₂ ad alti flussi	Nessuna alterazione nella meccanica respiratoria. Respiro presente e normale. FR 18 atti/min Eupnoico Sat. O ₂ 92% in aria Saturazione in aumento	
C Circolo	☐ Rileva polso radiale ☐ Valutazione cute ☐ PA	Presente, regolare. FC 100 battiti/min. Calda. PA 135/80.	
D controllo neurologico	Valuta secondo AVPU : ☐ Parla con paziente ☐ Valuta sensibilità e mobilità	Risponde, si lamenta allo stimolo doloroso (P). Sensibilità presente, muove allo stimolo doloroso.	
E Esame obiettivo ed anamnesi	☐ Osserva aspetto generale ☐ Chiede cos'è avvenuto ☐ Protezione termica	Evidente morso sulla lingua. All'improvviso inizio crisi mentre stava facendo i compiti.	
Anamnesi AMPIA	☐ Storia clinica:	Ragazzo 18 anni epilettico noto in terapia.	

Comunicazione alla SOREU	☐ Stato di coscienza ☐ Parametri rilevati ☐ Problemi riscontrati ☐ Patologie pregresse ☐ Manovre eseguite	Riferisce i parametri e la terapia in atto.	
Rivalutazione	☐ Rivalutazione ABCDE (durante il trasporto paziente più contattabile, AVPU → V) e monitoraggio parametri vitali ☐ Relazione adeguata con il paziente ☐ Utilizzo di presidi adeguati per il Trasporto		
Consegna paziente a PS/MSA/MSI	☐ Trasmette le informazioni raccolte in modo completo e corretto		

PUNTI DI FORZA: _____

ASPETTI MIGLIORABILI: _____

INDICAZIONI/SUGGERIMENTI: _____

ISTRUTTORE (nominativo) _____ (firma) _____