

NOMINATIVO _____
ASSOCIAZIONE _____
DATA _____

10_ CAPITOLO K: EVENTO NEUROLOGICO (ICTUS)

Informazioni dalla centrale: Persona circa 65 aa, malore in casa, cosciente.....
.....

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	uomo sdraiato a letto, roseo, non parla. Nessun ostacolo.	
Autoprotezione	☐ Indossa presidi di protezione individuali		
A Vie aeree	☐ Chiama il paziente, si presenta e qualifica tranquillizza il paziente ☐ Verifica le vie aeree	Il signore guarda li soccorritore, lo segue con lo sguardo, ma NON parla. 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	Eupnoico, normale espansione del torace. Non rumori patologici. FR: 20 atti/min. Sat. O ₂ 97% in aria Saturazione O ₂ in aumento	
C Circolo	☐ Rileva polso radiale ☐ Valutazione cute ☐ PA	Presente, regolare. FC 100 battiti/min. Calda, rosea. PA 190/110	
D controllo neurologico	☐ Valuta secondo AVPU : ☐ Valutazione scala CPSS: - Linguaggio - Movimento arti superiori - Mimica facciale	Cosciente (A) Parole incomprensibili. Ridotta motilità emisoma dx. Deviazioni rima labbiale dx.	
E Esame obiettivo ed anamnesi	☐ Osserva aspetto generale ☐ Chiede cos'è avvenuto ☐ Protezione termica	Persona obesa Sintomatologia comparsa da 30 min. circa	
Anamnesi AMPIA	☐ Storia clinica: (età , terapia, patologie)	Uomo 70 anni circa, iperteso in terapia.	

Comunicazione alla SOREU	☐ Stato di coscienza ☐ Parametri rilevati ☐ Problemi riscontrati ☐ Patologie pregresse ☐ Manovre eseguite	Riferisce i parametri, l'età, il tempo di insorgenza della sintomatologia, scala CPSS positiva, la terapia che assume.	
Rivalutazione	☐ Rivalutazione ABCDE e m 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) _____