

NOMINATIVO \_\_\_\_\_  
 ASSOCIAZIONE \_\_\_\_\_  
 DATA \_\_\_\_\_

## 12\_ CAPITOLO J: INTOSSICAZIONE DA MONOSSIDO DI CARBONIO

**Informazioni dalla centrale:** in casa di vecchia costruzione, ragazza con perdita di coscienza .....

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

| VALUTAZIONE                    | INTERVENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ESITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ✓ |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <b>Prearrivo</b>               | <input type="checkbox"/> Assegna incarichi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ogni componente controlla il materiale assegnato e lo trasporta sul luogo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |
| <b>Valutazione della scena</b> | <input type="checkbox"/> Chiede una descrizione della scena<br><input type="checkbox"/> "Colpo d'occhio"<br><br><input type="checkbox"/> Verifica la presenza di ostacoli al trasporto                                                                                                                                                                                  | Casa di vecchia costruzione, scale strette e ripide<br>Ragazza sdraiata sul divano, con accappatoio. La madre riferisce che è rientrata dalla spesa e ha trovato la figlia non cosciente.<br>Fa verificare la presenza di scaldabagno (a gas) nello stesso locale della doccia.<br>Fa aprire finestre, fa verificare se ci sono altre persone in casa.<br>Non ostacoli per il trasporto. |   |
| <b>Autoprotezione</b>          | <input type="checkbox"/> Indossa presidi di protezione individuali                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |
| <b>A Vie aeree</b>             | <input type="checkbox"/> Chiama il paziente, si presenta e qualifica<br>tranquillizza il paziente<br><input type="checkbox"/> Verifica le vie aeree                                                                                                                                                                                                                     | Paziente cosciente, confusa Non riesce a rimanere sveglia,<br><br>Vie aeree pervie                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |
| <b>B Respiro</b>               | <input type="checkbox"/> Osserva meccanica respiratoria<br><input type="checkbox"/> Palpa delicatamente il torace<br><input type="checkbox"/> Ascolta rumori respiratori<br><input type="checkbox"/> Conta atti respiratori<br><input type="checkbox"/> Saturimetria senza O <sub>2</sub><br><input type="checkbox"/> Fa mettere maschera O <sub>2</sub> ad alti flussi | Movimenti torace normali, respiro superficiale.<br>Non dolori alla palpazione.<br><br>Non rumori patologici.<br>FR 22 atti/min.<br>SatO <sub>2</sub> 97%<br><br>Saturazione in aumento 100%                                                                                                                                                                                              |   |
| <b>C Circolo</b>               | <input type="checkbox"/> Rileva polso radiale<br><input type="checkbox"/> Valutazione cute<br><input type="checkbox"/> PA                                                                                                                                                                                                                                               | Presente, pieno, ritmico<br>FC 100/min<br>Rosea<br>PA 100/75                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |
| <b>D controllo neurologico</b> | Valuta secondo AVPU :<br><input type="checkbox"/> Parla con paziente<br><input type="checkbox"/> Valuta sensibilità e motilità                                                                                                                                                                                                                                          | Paziente risvegliabile allo stimolo verbale V<br>Nessun deficit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                        |  |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>E</b> Esame obiettivo ed anamnesi  | <input type="checkbox"/> Osserva aspetto generale<br><input type="checkbox"/> Chiede cos'è avvenuto                                                                                                                                      | Soporosa, risvegliabile, lamente cefalea, risposte coerenti ma ritardate, non ricorda l'accaduto. La ragazza è stata rinvenuta dalla madre sul divano con accappatoio, ha appena fatto la doccia.<br>Cope la paziente. |  |
|                                       | <input type="checkbox"/> Protezione termica                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Anamnesi<br>AMPIA                     | <input type="checkbox"/> Storia clinica:                                                                                                                                                                                                 | Nessuna patologia<br>Nessuna terapia<br>Nessun altro coinvolto                                                                                                                                                         |  |
| <b>Comunicazione alla SOREU</b>       | <input type="checkbox"/> Stato di coscienza<br><input type="checkbox"/> Parametri rilevati<br><input type="checkbox"/> Problemi riscontrati<br><input type="checkbox"/> Patologie pregresse<br><input type="checkbox"/> Manovre eseguite | Riferisce parametri e sintomatologia della ragazza.<br>Nessun'altra persona presente in casa. La SOREU comunica che ha avvisato i VFF che provvederanno alla messa in sicurezza.                                       |  |
| <b>Rivalutazione</b>                  | <input type="checkbox"/> Rivalutazione ABCDE e monitoraggio dei Parametri Vitali<br><input type="checkbox"/> Relazione adeguata con il paziente<br><input type="checkbox"/> Utilizzo di presidi adeguati per il Trasporto                |                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <b>Consegna paziente a PS/MSA/MSI</b> | <input type="checkbox"/> Trasmette le informazioni raccolte in modo completo e corretto                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                        |  |

PUNTI DI FORZA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASPETTI MIGLIORABILI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INDICAZIONI/SUGGERIMENTI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ISTRUTTORE** (nominativo) \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_