

NOMINATIVO _____
 ASSOCIAZIONE _____
 DATA _____

14 _CAPITOLO K: PAZIENTE ASMATICO

Informazioni dalla centrale: donna 70 aa circa con importante difficoltà respiratoria,

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	Donna anziana in piedi vicino alla finestra. Fatica a respirare. 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	Cosciente, agitata con importante difficoltà respira-toria. Vie aeree pervie.	
B Respiro	☐ Osserva meccanica respiratoria ☐ Palpa delicatamente il torace ☐ Ascola rumori respiratori ☐ Conta atti respiratori ☐ Saturimetria senza O ₂ ☐ Fa mettere maschera O ₂ ad alti flussi	Respiro superficiale, accelerato. Non dolore alla palpazione. Rumori presenti (sibili, fischi). FR 30 atti/min. Sat. O ₂ 86% in aria. Posiziona O ₂ , saturazione in aumento 92%	
C Circolo	☐ Rileva polso radiale ☐ Valutazione cute ☐ PA	Presente, tachicardico, regolare. FC 110 battiti/min. Calda. PA 150/90	
D controllo neurologico	Valuta secondo AVPU : ☐ Parla con paziente ☐ Valuta sensibilità e motilità	Cosciente (A) riferisce sensazione di soffocamento. Nessun deficit.	
E Esame obiettivo ed anamnesi	☐ Osserva aspetto generale ☐ Chiede cos'è avvenuto ☐ Protezione termica	Donna sovrappeso. Da circa 30 minuti importante difficoltà respiratoria, leggero miglio-ra-mento dopo assunzione di 2 puff di Ventolin spray.	
Anamnesi AMPIA	☐ Storia clinica:	Ipertesa, asmatica cronica in terapia.	

Comunicazione alla SOREU	☐ Stato di coscienza ☐ Parametri rilevati ☐ Problemi riscontrati ☐ Patologie pregresse ☐ Manovre eseguite	Riferisce parametri e AMPIA	
Rivalutazione	☐ Rivalutazione ABCDE 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) _____