



NOMINATIVO _____

ASSOCIAZIONE _____

DATA _____

15_ CAPITOLO K: PATOLOGIA RESPIRATORIA_POLMONITE**Informazioni dalla centrale:** Uomo 50 aa circa con difficoltà respiratoriaMSA/MSI: si no FORZE dell'ORDINE in POSTO: si no

VALUTAZIONE	INTERVENTO	ESITO	√
Prearrivo	<input type="checkbox"/> Assegna incarichi		
Valutazione della scena	<input type="checkbox"/> Chiede una descrizione della scena <input type="checkbox"/> "Colpo d'occhio" <input type="checkbox"/> Verifica la presenza di ostacoli al trasporto	Uomo seduto sulla sedia, continua a tossire. Nessun pericolo né ostacolo.	
Autoprotezione	<input type="checkbox"/> Indossa presidi di protezione individuali		
A Vie aeree	<input type="checkbox"/> Chiama il paziente, si presenta e qualifica tranquillizza il paziente <input type="checkbox"/> Verifica le vie aeree	Cosciente, parla con difficoltà respiratoria e tosse. Vie aeree pervie	
B Respiro	<input type="checkbox"/> Osserva meccanica respiratoria <input type="checkbox"/> Palpa delicatamente il torace <input type="checkbox"/> Ascola rumori respiratori <input type="checkbox"/> Conta atti respiratori <input type="checkbox"/> Saturimetria senza O ₂ <input type="checkbox"/> Fa mettere maschera O ₂ ad alti flussi	Respiro accelerato. Non dolore alla palpazione. Tosse secca continua. FR 26 atti/min. Sat. O ₂ 90% in aria. Posiziona O ₂ , saturazione in aumento 96%	
C Circolo	<input type="checkbox"/> Rileva polso radiale <input type="checkbox"/> Valutazione cute <input type="checkbox"/> PA	Presente, tachicardico, regolare. FC 100 battiti/min. Calda, sudata. PA 140/90	
D controllo neurologico	Valuta secondo AVPU : <input type="checkbox"/> Parla con paziente <input type="checkbox"/> Valuta sensibilità e motilità	Cosciente (A), riferisce sensazione di soffocamento. Nessun deficit.	
E Esame obiettivo ed anamnesi	<input type="checkbox"/> Osserva aspetto generale <input type="checkbox"/> Chiede cos'è avvenuto	Uomo 50 anni, da 3 giorni febbre e tosse soprattutto la notte. Da un'ora circa attacco di tosse continua con aumento della difficoltà respiratoria.	
Anamnesi AMPIA	<input type="checkbox"/> Storia clinica:	Nessuna patologia, nessuna terapia. Utilizzo di antiepilettici da alcuni giorni, non è ancora stato dal suo medico di base.	

Comunicazione alla SOREU	<input type="checkbox"/> Stato di coscienza <input type="checkbox"/> Parametri rilevati <input type="checkbox"/> Problemi riscontrati <input type="checkbox"/> Patologie pregresse <input type="checkbox"/> Manovre eseguite	Riferisce parametri e AMPIA	
Rivalutazione	<input type="checkbox"/> Rivalutazione ABCDE e parametri vitali <input type="checkbox"/> Relazione adeguata con il paziente <input type="checkbox"/> Utilizzo di presidi adeguati per il Trasporto		
Consegna paziente a PS/MSA/MSI	<input type="checkbox"/> Trasmette le informazioni raccolte in modo completo e corretto		

PUNTI DI FORZA: _____

ASPETTI MIGLIORABILI: _____

INDICAZIONI/SUGGERIMENTI: _____

ISTRUTTORE (nominativo) _____ (firma) _____