



# LA DOCUMENTAZIONE DEL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO DI EMERGENZA – URGENZA:

**La RELAZIONE di SOCCORSO MSB REGIONALE**

**CAPITOLO P\_1**

**Struttura Formazione AREU**

**Gruppo Metodo e Sinergie Agg\_2015**



# LA RACCOLTA DATI



**E' IL PRIMO PASSO PER UNA BUONA  
RIUSCITA DELL'INTERVENTO  
DI SOCCORSO**

**DOCUMENTARE      RICORDARE**

**MISURARE          VALUTARE**

**TUTELARSI**



# OBIETTIVI



 **Illustrare i contenuti della Relazione di soccorso MSB**

 **Trasmettere i principi di corretta compilazione della Relazione di soccorso MSB**

 **Illustrare le modalità di gestione della Relazione di soccorso MSB**



# La Documentazione Sanitaria nell'ambito del Soccorso Territoriale di Emergenza - urgenza



Nell'ambito del soccorso territoriale di emergenza urgenza, la documentazione sanitaria è rappresentata dalla

**DOCUMENTAZIONE CHE REGISTRA  
LE INFORMAZIONI SANITARIE,  
LOGISTICHE E ORGANIZZATIVE  
RELATIVE AL SOCCORSO SANITARIO  
EFFETTUATO.**





**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA



---

DELIBERAZIONE N° IX / 3591

Seduta del 06/06/2012

---

**Art. 7 – Gestione della documentazione sanitaria e flussi informativi**

Nell'ambito della gestione del soccorso territoriale in emergenza urgenza, la documentazione sanitaria è rappresentata dalla documentazione che registra le informazioni sanitarie, logistiche e organizzative relative al soccorso sanitario effettuato.

Tale documentazione può avere supporto cartaceo, informatico e/o telematico.

Le responsabilità relative alla gestione di tale documentazione sono in capo alla Direzione sanitaria AREU, che le esercita operativamente anche per il tramite del Responsabile e del Coordinatore di SOREU e AAT.





## Regione Lombardia LA GIUNTA



---

DELIBERAZIONE N° IX / 3591

Seduta del 06/06/2012

---

### **Art. 7 – Gestione della documentazione sanitaria e flussi informativi**

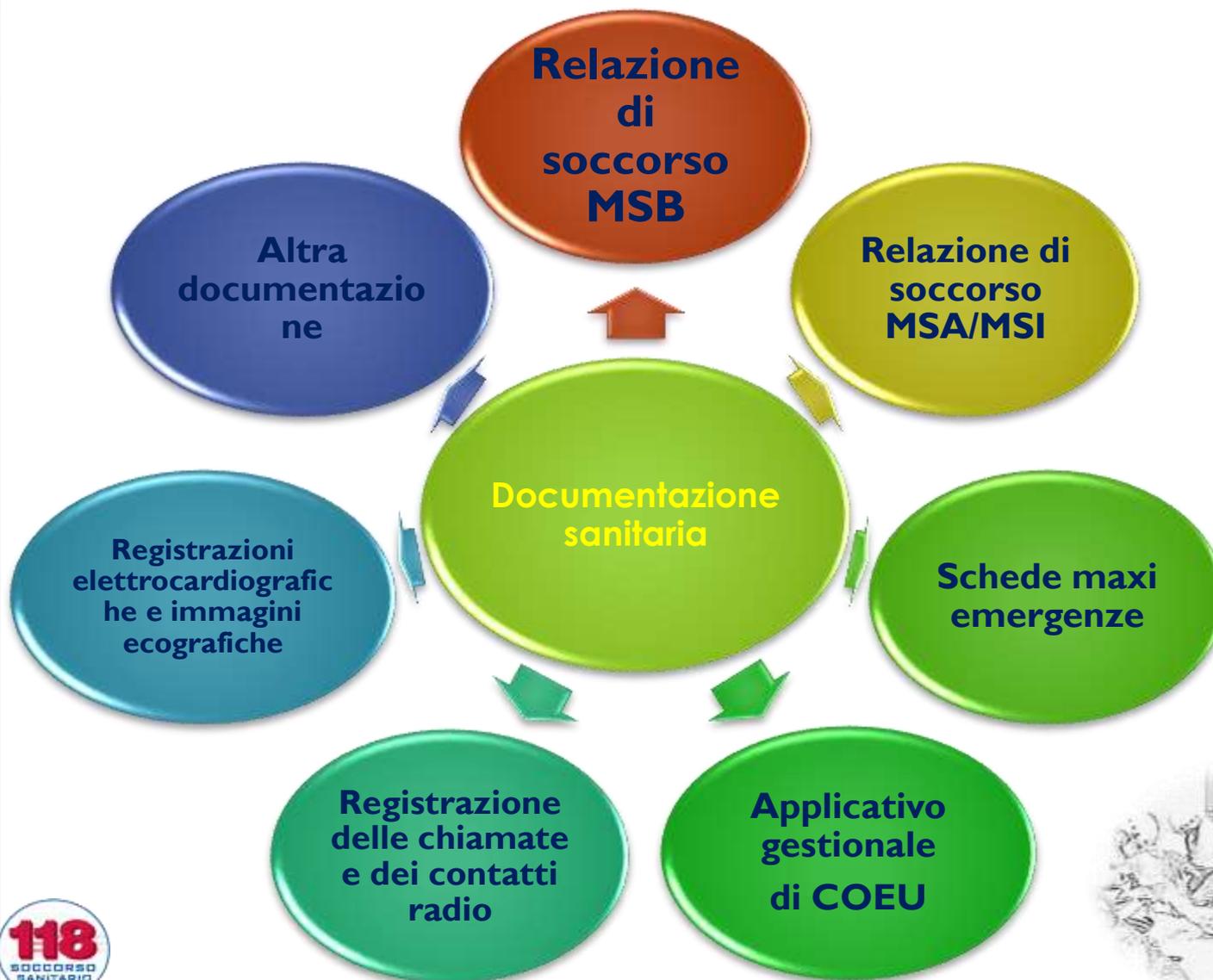
Nell'ambito della gestione del soccorso territoriale in emergenza urgenza, la documentazione sanitaria è rappresentata dalla documentazione che registra le informazioni sanitarie, logistiche e organizzative relative al soccorso sanitario effettuato.

Tale documentazione può avere supporto cartaceo, informatico e/o telematico.

Le responsabilità relative alla gestione di tale documentazione sono in capo alla Direzione sanitaria AREU, che le esercita operativamente anche per il tramite del Responsabile e del Coordinatore di SOREU e AAT.



# LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA



pertanto ...



**AREU** AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA  
**118** SOCCORSO SANITARIO  
**RELAZIONE DI SOCCORSO MSB**  
 AAT

ENTE/ASS. COOP.: \_\_\_\_\_ Matr. AUTISTA: \_\_\_\_\_  
 TARGA/COO. MEZZO: \_\_\_\_\_ Matr. SOCC.: \_\_\_\_\_  
 Km INIZIALI: \_\_\_\_\_ Matr. SOCC.: \_\_\_\_\_  
 Km FINALI: \_\_\_\_\_ CONVENZIONE: \_\_\_\_\_  
 N° INTERNO: \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI RELATIVE AL SOCCORSO**  
 SCHEDE MISSIONE N. \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ ORA ATTIVAZIONE \_\_\_\_\_

**LUOGO EVENTO**  
 COGNOME \_\_\_\_\_ NOTE \_\_\_\_\_  
 VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_  
 N. DIVISO \_\_\_\_\_ PIAZZALE \_\_\_\_\_  
 LUOGO EVENTO = DOMICILIO PAZIENTE

**INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE**  
 COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ SESSO  M  F  
 DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ ETA \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_  
 COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. DIVISO \_\_\_\_\_

**EVENTO**  
 PERDITA DI COSCIENZA  CONVULSIONI  MALESSERE  CADUTA  INCIDENTO STRADALE  
 PROBLEMI RESPIRAT.  AVVELENAMENTI  EVENTO VIOLENTO  PRECIPITATO DA \_\_\_\_\_  PEDONE/CIOCLO  CONDUCENTE  MOTO  
 MALORE  TRAUMI/ARTRO  INFORTUNIO  AUTO  PASSEGGERO  ALTRO  
 LUOGO DELL'EVENTO  CASA  STRADA  UFFICI/ESERCIZI PUBBL.  IMP. SPORTIVI  IMP. LAVORATIVI  ALTRO: \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DEL PAZIENTE - RILEVAZIONE PARAMETRI**  
 POSTURA DI RINVENIMENTO  IN PIEDI  SEDUTA  PRONA  SUPINA  LATERALE  ALTRO \_\_\_\_\_  
 ORA DI INDEGENZA DEI SINTOMI \_\_\_\_\_

1ª VAL.	2ª VAL.	3ª VAL.	LESIONI E AGGRAVANTI	PRESTAZIONI/INTERVENTI	
<b>ORE</b>			 1 AMPUTAZIONE 2 FRATTURA ESPOSTA 3 DEFORMITÀ 4 DOLORE 5 SANGUINAMENTO 6 EMORRAGIA MASSIVA 7 FERITA 8 FERITA PENETRANTE 9 LACERAZ. SCHIACC. 10 CONTUSIONE 11 USTIONE 12 EDEMA 13 LESIONI INCOMPATIBILI CON LA VITA <input type="checkbox"/> PROIETTATO in _____ <input type="checkbox"/> INCASSTRATO <input type="checkbox"/> ESTRICAZIONE >20 MIN. <input type="checkbox"/> ACCESSO DIFFICILE <input type="checkbox"/> PRESENZA DECEDUTI <input checked="" type="checkbox"/> MOTILITÀ ASSENTE <input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILITÀ ASSENTE	<input type="checkbox"/> OSSIGENIO (litri) _____ <input type="checkbox"/> ASPIRAZIONE CAVO ORALE <input type="checkbox"/> CANNULA OF <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> APPLICAZIONE DAE <input type="checkbox"/> TRASMISSIONE ECG <input type="checkbox"/> RIVISIONE CASCO <input type="checkbox"/> ESTRICAZIONE (RAPIDA) <input type="checkbox"/> EMOSTASI <input type="checkbox"/> IMMOBILIZZAZIONE FERITE <input type="checkbox"/> IMMOBILIZZAZIONE: <input type="checkbox"/> ARTI <input type="checkbox"/> SPINALE <input type="checkbox"/> PROTEZIONE TERMICA	
<b>COGNENZA</b>	SVEGLIO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A				<b>PRESTAZIONI UTILIZZATI</b> <input type="checkbox"/> COLLARE CERVICALE <input type="checkbox"/> BARELLA CUCCIAIO <input type="checkbox"/> TAVOLA SPINALE <input type="checkbox"/> SEDIA PORTANTINA <input type="checkbox"/> MATERASSO DEPRESSIONE <input type="checkbox"/> ESTRICATORE <input type="checkbox"/> STRECOBENDA <input type="checkbox"/> TELA PORTA FERITI <input type="checkbox"/> FASCIA EMOSTATICA
<b>RESPIRO</b>	REG. CHIAMI <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> V				
<b>CEREBRO</b>	REG. DOLORE <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> P				
<b>CUORE</b>	INCOSCIENTE <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U				
<b>OUTE</b>	NORMALE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	DIFFICILTOSSO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	ASSENTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	PERIFERICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	CENTRALE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	RITMICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	ARITMICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	ASSENTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	CALDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	FREDDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	ROSEA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	DIANOTICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	PALLIDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	SUDATA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
FR					
SAT. ARIA					
SAT. O <sub>2</sub>					
PC					
PA					
TEMP. C°					

**ARRIBSTO CARDIOCIRCOLATORIO (ACC)**  
 EVENTO RILEVATO DA \_\_\_\_\_ ESTO  TRASPORTO CON RCP  
 RCP GIÀ IN CORSO  ACC DURANTE IL TRASPORTO  DECEDUTO  
 INIZIO RCP ORE \_\_\_\_\_ NR. SHOCK \_\_\_\_\_ ROCC ORE \_\_\_\_\_

**NOTE / ANAMNESI AMPIA**

**RIFIUTO TRASPORTO / PRESIDI**  
 Io sottoscritto/a, informato/a delle mie condizioni di salute e delle possibili conseguenze della mia decisione:  
 rifiuto il trasporto in Ospedale  
 rifiuto l'applicazione dei presidi.  
 Rif. Istruzione operativa 08 AREU.

**DESTINAZIONE E CODICI DI INTERVENTO**  
 AZIENDA / ISTITUTO \_\_\_\_\_ INVIO:  V  G  R  S  
 PRONTO SOCC. \_\_\_\_\_ 11° RISCONTRO:  V  G  R  S  
 GRAACCETTAZIONE \_\_\_\_\_ TRASPORTO:  V  G  R  S

**N. MATRICOLA CONDIZIONATORE**

La Relazione di soccorso MSB È documentazione sanitaria



# La Relazione di soccorso MSB

(d'ora in avanti "Relazione MSB")



**deve essere compilata  
per ogni persona soccorsa**

anche in caso di soccorsi gestiti insieme a  
MSA e/o MSI (non deve quindi essere  
compilata in caso di missioni interrotte).

In questo caso, la Relazione MSB deve comunque essere compilata e deve riportare i dati acquisiti e descrivere le prestazioni erogate dall'équipe MSB (non deve essere riportata la generica dicitura "Vedi Relazione MSA/MSI", non devono essere inserite valutazioni/prestazioni effettuate dall'équipe MSA/MSI).



# CHI DEVE COMPILARE LA RELAZIONE DI SOCCORSO ?



La Relazione di soccorso MSB deve essere compilata da un componente dell'équipe di soccorso MSB.



Al termine della compilazione, il compilatore deve indicare la propria matricola, eventualmente accompagnata dalla propria firma o sigla, nell'apposito spazio (in basso a destra).



# PRINCIPI GENERALI DI COMPILAZIONE



Tutti i dati e le informazioni devono essere registrati contestualmente al loro verificarsi o in un momento immediatamente successivo (comunque prima della presa in carico della persona soccorsa da parte del Pronto Soccorso).

Ove richiesto, devono essere riportati gli orari relativi alle rilevazioni effettuate (es. per i parametri vitali).



La Relazione MSB deve essere compilata in stampatello e in modo ordinato.

Le caselle possono essere annerite o barrate con una crocetta.



# COSA FARE IN CASO DI ERRORI DI COMPILAZIONE?



In caso di errore, il testo errato deve essere annullato con una riga in modo da risultare visibile; deve quindi essere scritto il testo corretto (questa operazione può essere effettuata solo prima di consegnare la Relazione MSB al Pronto Soccorso!).



Non deve essere utilizzato il correttore ortografico (“bianchetto”).



# Cosa fare se ci si accorge di errori/dimenticanze dopo la consegna della Relazione MSB in Pronto Soccorso?



Eventuali rettifiche o integrazioni alla Relazione MSB, una volta separate le due copie, **devono essere eccezionali e sono possibili solo attraverso la redazione, da parte del compilatore, di una dichiarazione aggiuntiva** (firmata e datata nel momento della sua redazione).

Tale dichiarazione, in cui dovranno essere descritte le rettifiche e le integrazioni e i motivi che le hanno generate, deve essere tempestivamente trasmessa alla SOREU di riferimento (= SOREU titolare dell'evento).



# ERRORI PIÙ COMUNI DI COMPILAZIONE



Compilare la Relazione MSB in modo impreciso e non chiaro (es. riportare le annotazioni in modo disordinato, scrivere con una grafia confusa e non leggibile)



Scrivere, nello spazio dedicato alle note, frasi “poco professionali” (es. paziente ubriaco)



Modificare la copia della Relazione MSB quando l'originale è già stato consegnato in Pronto Soccorso (le due copie devono essere identiche! Una volta “staccate” non possono più essere modificate!)



# RISERVATEZZA



Tutti i componenti dell' équipe di soccorso  
MSB **devono operare nel rispetto delle  
disposizioni normative  
in tema di privacy.**

(rif. **D.Lgs. n.196/2003** e successive  
modifiche e integrazioni)



# La Relazione di soccorso MSB si compone di 2 copie



**AREU** AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA  
**118** SOCCORSO SANITARIO EMERGENZA URGENZA

**RELAZIONE DI SOCCORSO MSB**

ENTE/ASS. COOP. \_\_\_\_\_ Matr. AUTISTA: \_\_\_\_\_  
TARGO/COD. MEZZO: \_\_\_\_\_ Matr. SOCC.: \_\_\_\_\_  
Km INIZIALI: \_\_\_\_\_ Km FINALE: \_\_\_\_\_ Matr. SOCC. CONVENZIONE: \_\_\_\_\_  
N° INTERNO: \_\_\_\_\_

AAT \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI RELATIVE AL SOCCORSO**

SCHEDA MISSIONE N. \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ ORA ATTIVAZIONE \_\_\_\_\_

LUOGO PARTENZA \_\_\_\_\_ NOTE \_\_\_\_\_ PRESENTI:  MSA  MBI  CHIAS  VFP  CC  POLIZIA  MEDICO  ALTRO \_\_\_\_\_  
LUOGO EVENTO = DOMICILIO PAZIENTE \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOTE \_\_\_\_\_ SESSO  M  F  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ ETÀ \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_  
CITTA' DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. CIVICO \_\_\_\_\_

**EVENTO**

PERDITA DI COSCIENZA  CONVULSIONI  MALESSERE  CADUTA  INCIDENTE STRADALE  FOCHE DI RESPIRAC.  VIBURIMENTI  EVENTO VOLEVUTO  PRECIPITATO DA H \_\_\_\_\_  MEDICEDOLIO  CONDUENTE  FOTOF  TORNIO  TRAGUAGLIAMENTO  IMPORTUNTO  ALTO  PASSEGGERO  ALTRO \_\_\_\_\_  
LUOGO DELL'EVENTO  CASA  STRADA  OFFICINE/CIPISS  RRP SPORTIVI  RRP LAVORATIVI  ALTRO: \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DEL PAZIENTE - RILEVAZIONE PARAMETRI**

ROSTURA DI RAVVENIMENTO  IN PIEDI  SEDEUTA  PRONA  SUPINA  LATERALE \_\_\_\_\_ ORA DI INDEGENZA DEI SINTOMI \_\_\_\_\_

ORE	IN VAL.	IN PIEDI	IN SEDEUTA	IN PRONA	IN SUPINA	IN LATERALE	ORA DI INDEGENZA DEI SINTOMI
SVEGLIO	<input type="checkbox"/>						
REAG. CHIAM.	<input type="checkbox"/>						
REAG. DOLORE	<input type="checkbox"/>						
INCOSCIENTE	<input type="checkbox"/>						
NORMALE	<input type="checkbox"/>						
DIFFICOLTO' RESPIRAT.	<input type="checkbox"/>						
PERFENICO CENTRALE	<input type="checkbox"/>						
RETINICO ANTINCO	<input type="checkbox"/>						
ASSENTE	<input type="checkbox"/>						
CALDA	<input type="checkbox"/>						
FREDDA	<input type="checkbox"/>						
ROSEA	<input type="checkbox"/>						
CIANOTICA	<input type="checkbox"/>						
PALESA	<input type="checkbox"/>						
BIAGA	<input type="checkbox"/>						

**LESIONI E AGGRAVANTI**

- 1 AMPUTAZIONE
- 2 FRATTURA ESPOSTA
- 3 DEFORMITA'
- 4 DOLORE
- 5 SANGUINAMENTO
- 6 EMOGRAMMA MASSIMA
- 7 FENITA
- 8 FENITA PENETRANTE
- 9 LACERAZIONE/SCALDO
- 10 CONTUSIONE
- 11 USTIONE
- 12 EDIEMIA
- 13 LESIONI INCOMPATIBILI CON LA VITA
- 14 PREZISTATO > \_\_\_\_\_
- 15 RICERCATO \_\_\_\_\_
- 16 ESTRAZIONE > 40 MIN.
- 17 ACCESSO DIFFICILE
- 18 PRESINALE/DEBOLI
- 19 NOTI/ITA ASSENTE
- 20 SENSIBILITA ASSENTE

**PRESTAZIONI/INTERVENTI**

OSSIGENO (litri) \_\_\_\_\_  
 ASPIRAZIONE CAVO ORALE \_\_\_\_\_  
 CANALIZ. O.P. \_\_\_\_\_  
 VENTILAZIONE \_\_\_\_\_  
 COLLARE \_\_\_\_\_  
 BANGUINAMENTO \_\_\_\_\_  
 EVIDENZA MASSIMA \_\_\_\_\_  
 FENITA \_\_\_\_\_  
 FENITA PENETRANTE \_\_\_\_\_  
 LACERAZ. SCALDO \_\_\_\_\_  
 CONTUSIONE \_\_\_\_\_  
 USTIONE \_\_\_\_\_  
 LESIONI INCOMPATIBILI CON LA VITA \_\_\_\_\_  
 PREZISTATO > \_\_\_\_\_  
 RICERCATO \_\_\_\_\_  
 ESTRAZIONE > 40 MIN. \_\_\_\_\_  
 ACCESSO DIFFICILE \_\_\_\_\_  
 PRESINALE/DEBOLI \_\_\_\_\_  
 NOTI/ITA ASSENTE \_\_\_\_\_  
 SENSIBILITA ASSENTE \_\_\_\_\_

**PREZISTO UTILIZZATI**

COLLARE DERIVALE \_\_\_\_\_  
 BAMBOLA CUCCHIATO \_\_\_\_\_  
 TEGOLA SPINALE \_\_\_\_\_  
 SEDIA PORTAVITA \_\_\_\_\_  
 MATERASSO DEPRESSIONE \_\_\_\_\_  
 STERIFICAZIONE \_\_\_\_\_  
 STECOCERCHI \_\_\_\_\_  
 TELLO PORTA PERITI \_\_\_\_\_  
 PARCHIA BIODINAMICA \_\_\_\_\_

**OPSS**  DEVIAZIONE RIVALABILE  SEGNI DI LATO  ALTERAZIONI DEL LINGUAGGIO

**ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO (ACC)**

EVENTO RILEVATO DA \_\_\_\_\_ SESTO  TRASPORTO CON RCP  
 RCP GIA IN CORSO  ACC DURANTE IL TRASPORTO  SEDEVUTO  
 INIZIO RCP ORE \_\_\_\_\_  MR. BIODIN. \_\_\_\_\_  ROSE ORE \_\_\_\_\_

**NOTE / ANAMNESI / APM**

**DESTINAZIONE E CODICI DI INTERVENTO**

AZIENDA / ISTITUTO \_\_\_\_\_ N°118 RICEVUTO \_\_\_\_\_ N. MATRICOLA COMPLETARE  
 PRONTO SOCC.  TRASPORTO \_\_\_\_\_  
ORA ACCETTAZIONE \_\_\_\_\_

**AREU** AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA  
**118** SOCCORSO SANITARIO EMERGENZA URGENZA

Regione Lombardia



# RELAZIONE DI SOCCORSO



La **prima copia (originale)** deve essere consegnata all'ospedale presso cui viene trasportata la persona soccorsa (Pronto Soccorso o altra Struttura) o alla persona stessa in caso di rifiuto trasporto.



In caso di decesso, la Relazione MSB deve essere allegata alla constatazione di decesso (riportata nella Relazione MSA/MSI, nella documentazione del medico di Continuità Assistenziale o di altro medico intervenuto).



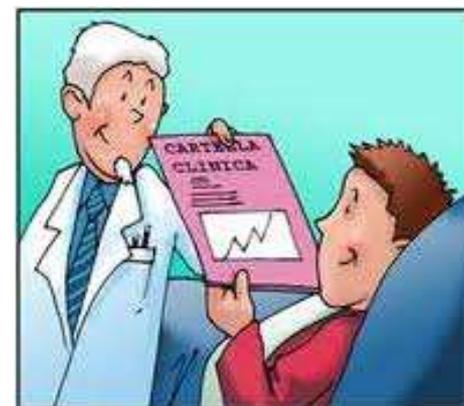
La **seconda copia** deve essere conservata dall'Ente/Associazione/Cooperativa Sociale presso la propria sede per un tempo minimo di 5 anni.



# Cosa deve fare il personale ospedaliero della Relazione MSB ?

Il personale ospedaliero deve inserire la **Relazione di soccorso MSB nella documentazione di Pronto Soccorso (e successivamente in cartella clinica, in caso di ricovero del Paziente).**

E' importante consegnare la Relazione MSB, poiché questa diventa parte della documentazione sanitaria del Paziente!



# Relazione di soccorso MSB

## Intestazione e informazioni relative al soccorso



		<b>RELAZIONE DI SOCCORSO MSB</b> _____ AAT		DATI INTERNI ENTE/ASS./COOP.	ENTE/ASS./COOP.: _____ Matr. AUTISTA: _____	
					TARGA/COD. MEZZO: _____ Matr. SOCC.: _____ Km INIZIALI: _____ Matr. SOCC.: _____ Km FINALI: _____ CONVENZIONE: _____ N° INTERNO: _____	
INFORMAZIONI RELATIVE AL SOCCORSO						
SCHEDA MISSIONE N. _____		DATA _____/_____/_____		ORA ATTIVAZIONE _____:_____:_____		
LUOGO EVENTO	COMUNE _____		NOTE _____ _____ <input type="checkbox"/> LUOGO EVENTO = DOMICILIO PAZIENTE		PRESENTI	<input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/> CNSAS
	VIA/PIAZZA _____					<input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> POLIZIA
	N. CIVICO _____ PIANDI/SCALA _____					<input type="checkbox"/> MEDICO _____ <input type="checkbox"/> ALTRO _____

In caso di gestione condivisa del mezzo, il numero di Scheda missione deve essere comunicato dalla **SOREU titolare del mezzo di soccorso**.

La Relazione MSB deve riportare, nell'apposito spazio, la denominazione (sigla) dell'Ente/Associazione/Cooperativa. La **compilazione dei restanti campi** della sezione è **facoltativa**.



# Relazione di soccorso MSB

## Informazioni relative al Paziente - Evento



### INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE

COGNOME _____	NOME _____	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																																
DATA DI NASCITA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																									ETÀ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									CITTADINANZA _____
COMUNE DI RESIDENZA _____	VIA/PIAZZA _____	N. CIVICO _____																																

### EVENTO

<input type="checkbox"/> PERDITA DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> CONVULSIONI	<input type="checkbox"/> MALESSERE	<input type="checkbox"/> CADUTA	<input type="checkbox"/> INCIDENTE STRADALE
<input type="checkbox"/> PROBLEM. RESPIRAT.	<input type="checkbox"/> AVVELENAMENTI	<input type="checkbox"/> EVENTO VIOLENTO	<input type="checkbox"/> PRECIPITATO DA m _____	<input type="checkbox"/> PEDONE/CICLO
<input type="checkbox"/> MALORE	<input type="checkbox"/> TRAVAGLIO/PARTO	<input type="checkbox"/> INFORTUNIO	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> CONDUCENTE
				<input type="checkbox"/> PASSEGGERO
				<input type="checkbox"/> MOTO
				<input type="checkbox"/> ALTRO

**LUOGO DELL'EVENTO**  CASA  STRADA  UFFICI/ESERCIZI PUBBL.  IMP. SPORTIVI  IMP. LAVORATIVI  ALTRO:



# Relazione di soccorso MSB

## Valutazione del Paziente – Rilevazione parametri



VALUTAZIONE DEL PAZIENTE - RILEVAZIONE PARAMETRI								
POSTURA DI RINVENIMENTO		<input type="checkbox"/> IN PIEDI	<input type="checkbox"/> SEDUTA	<input type="checkbox"/> PRONA	<input type="checkbox"/> SUPINA	<input type="checkbox"/> LATERALE	ORA DI INSORGENZA DEI SINT.	
	1° VAL.	2° VAL.	3° VAL.	LESIONI E AGGRAVANTI				
ORE				<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> </div> <ol style="list-style-type: none"> <li>① AMPUTAZIONE</li> <li>② FRATTURA ESPOSTA</li> <li>③ DEFORMITÀ</li> <li>④ DOLORE _____</li> <li>⑤ SANGUINAMENTO</li> <li>⑥ EMORRAGIA MASSIVA</li> <li>⑦ FERITA</li> <li>⑧ FERITA PENETRANTE</li> <li>⑨ LACERAZ./SCHIACC.</li> <li>⑩ CONTUSIONE</li> <li>⑪ USTIONE</li> <li>⑫ EDEMA</li> <li>⑬ LESIONI INCOMPATIBILI CON LA VITA</li> </ol> <p> <input type="checkbox"/> PROIETTATO m _____  <input type="checkbox"/> INCASTRATO  <input type="checkbox"/> ESTRICAZIONE &gt;20 MIN.  <input type="checkbox"/> ACCESSO DIFFICILE  <input type="checkbox"/> PRESENZA DECEDUTI  <input checked="" type="checkbox"/> MOTILITÀ ASSENTE  <input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILITÀ ASSENTE                 </p>				
COSCIENZA	SVEGLIO	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A					<input type="checkbox"/> A
	REAG. CHIAM.	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> V					<input type="checkbox"/> V
	REAG. DOLORE	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P					<input type="checkbox"/> P
	INCOSCIENTE	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> U					<input type="checkbox"/> U
RESPIRO	NORMALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
	DIFFICOLTOSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
	ASSENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
CIRCOLO	PERIFERICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
	CENTRALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
	RITMICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
	ARITMICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
	ASSENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
CUTE	CALDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	FREDDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	ROSEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	CIANOTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	PALLIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	SUDATA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

PRESTAZIONI/INTERVENTI	
<input type="checkbox"/>	OSSIGENO l/min _____
<input type="checkbox"/>	ASPIRAZIONE CAVO ORALE
<input type="checkbox"/>	CANNULA OF _____
<input type="checkbox"/>	VENTILAZIONE
<input type="checkbox"/>	RCP
<input type="checkbox"/>	APPLICAZIONE DAE
<input type="checkbox"/>	TRASMISSIONE ECG
<input type="checkbox"/>	RIMOZIONE CASCO
<input type="checkbox"/>	ESTRICAZIONE ( <input type="checkbox"/> RAPIDA)
<input type="checkbox"/>	EMOSTASI
<input type="checkbox"/>	MEDICAZIONE FERITE
IMMOBILIZZAZIONE:	
<input type="checkbox"/>	ARTI <input type="checkbox"/> SPINALE
<input type="checkbox"/>	PROTEZIONE TERMICA
PRESIDI UTILIZZATI	
<input type="checkbox"/>	COLLARE CERVICALE
<input type="checkbox"/>	BARELLA CUCCHIAIO
<input type="checkbox"/>	TAVOLA SPINALE
<input type="checkbox"/>	SEDIA PORTANTINA
<input type="checkbox"/>	MATERASSO DEPRESSIONE
<input type="checkbox"/>	ESTRICATORE
<input type="checkbox"/>	STECCOBENDA
<input type="checkbox"/>	TELO PORTA FERITI
<input type="checkbox"/>	FASCIA EMOSTATICA

# Relazione di soccorso MSB

## Rilevazione parametri

	1 <sup>a</sup> VAL.	2 <sup>a</sup> VAL.	3 <sup>a</sup> VAL.
ORE			
SAT. ARIA			
SAT. O <sub>2</sub>			
FC			
PA			
TEMP. C°			



Rilevazione parametri:

- Frequenza respiratoria (**FR**)
- Saturazione in aria (**Sat. aria**)
- Saturazione in ossigeno (**Sat. O<sub>2</sub>**)
- Frequenza cardiaca (**FC**)
- Pressione arteriosa (**PA**)
- Temperatura (**Temp. C°**) \*

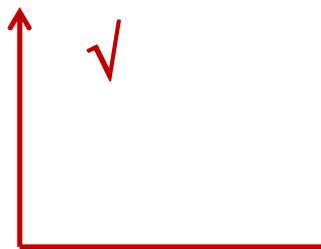
\* eventuale



# Relazione di soccorso MSB

## CPSS (Cincinnati Prehospital Stroke Scale)

CPSS  DEVIAZIONE RIMA LABIALE  SEGNI DI LATO  ALTERAZIONI DEL LINGUAGGIO



### CPSS

Valutare se presenti:

- una **deviazione della rima labiale** (“bocca storta”)
- **alterazione della motilità di uno o più arti** (segni di lato)
- **difficoltà nell’articolare la parola** (alterazioni del linguaggio).



# Relazione di soccorso MSB ACC (Arresto cardiocircolatorio)



## ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO (ACC)

<input type="checkbox"/> EVENTO RILEVATO DA _____	<input type="checkbox"/> ACC DURANTE IL TRASPORTO
<input type="checkbox"/> RCP GIÀ IN CORSO	<input type="checkbox"/> NR. SHOCK [ ] [ ]
<input type="checkbox"/> INIZIO RCP ORE [ ] [ ] : [ ] [ ]	

## ESITO

<input type="checkbox"/> TRASPORTO CON RCP
<input type="checkbox"/> DECEDUTO
<input type="checkbox"/> ROSC ORE: [ ] [ ] : [ ] [ ]

**Evento rilevato da:** specificare il soggetto/i soggetti che hanno assistito all'evento

**RCP già in corso:** RCP iniziata sul posto da astanti

**Inizio RCP ore ...:** ora di inizio della RCP da parte dell'équipe MSB

**ACC durante il trasporto:** ACC che si verifica durante il trasporto del Paziente dal luogo dell'evento all'ospedale

**Nr. Shock:** numero di shock eseguiti durante le manovre di BLS/D

**Trasporto con RCP:** trasporto in ospedale con RCP in corso

**Deceduto:** constatato il decesso da un medico o decesso rilevato dal MSB per presenza di cause evidenti di morte (lesioni incompatibili con la vita)

**ROSC ore:** ora della ripresa del circolo spontaneo.



# Relazione di soccorso MSB

## Anamnesi AMPIA



### AMPIA

- A** - Allergie
- M** - Medicine
- P** - Patologie
- I** - Ingestione di alimenti
- A** - Altre informazioni

NOTE / ANAMNESI AMPIA

In questa sezione devono essere riportate tutte le **informazioni utili per descrivere l'evento** (ricordare: le informazioni da riportare devono riguardare la persona soccorsa).



## Relazione di soccorso MSB Rifiuto trasporto/presidi

**RIFIUTO TRASPORTO / PRESIDI**

Io sottoscritto/a, informato/a delle mie condizioni di salute e delle possibili conseguenze della mia decisione:

rifiuto il trasporto in Ospedale

rifiuto l'applicazione dei presidi.  
*Rif. Istruzione operativa 05 AREU.*

DATA / /

ORA :

FIRMA \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del  
soggetto avente diritto  
(genitori, tutore ...)



In caso di rifiuto trasporto/presidi: **comunicare sempre con la SOREU.**



# Relazione di soccorso MSB

## Rifiuto trasporto/presidi



- **Indicazioni generali:**
- l'équipe MSB, prima di allontanarsi dalla persona soccorsa, contatta la COEU/SOREU per comunicare la volontà della stessa di rifiutare il trasporto/l'applicazione dei presidi
- l'équipe MSB comunica alla COEU/SOREU le condizioni della persona soccorsa e le informazioni logistiche di interesse
- (es. è sola in casa)
- (la COEU/SOREU gestisce il rifiuto trasporto/presidi come da istruzione operativa)
- l'équipe MSB richiede alla persona soccorsa di firmare la Relazione MSB (se la persona non vuole firmare: annotare nelle note e comunicare alla COEU/SOREU)
- una volta firmata la Relazione MSB, **l'équipe MSB consegna alla persona soccorsa l'originale della Relazione** e trattiene la copia.

- **L'ÉQUIPE MSB DEVE SEMPRE SEGUIRE**
  - **LE INDICAZIONI DELLA SOREU**



# Relazione di soccorso MSB

## Destinazione e codici di intervento



DESTINAZIONE E CODICI DI INTERVENTO	
AZIENDA/ ISTITUTO _____	INVIO <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> PRONTO SOCC. <input type="checkbox"/> _____	1° RISCONTRO <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> R
ORA ACCETTAZIONE [ ][ ] : [ ][ ]	TRASPORTO <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> R

Indicare la **struttura** di accesso, **se diversa dal Pronto Soccorso** (es. UTIC, Emodinamica ...)

- Devono essere riportati:
- il codice assegnato dalla **SOREU** per l'invio
  - il codice di primo riscontro (codice derivante dalla valutazione primaria dell'équipe MSB)
  - il codice di trasporto (codice con il quale il MSB trasporta la persona soccorsa in ospedale). In caso di rifiuto trasporto il codice di trasporto non deve essere riportato.



Le informazioni relative alla compilazione  
e alla gestione  
della Relazione di soccorso MSB  
sono riportate nel retrocopertina del  
blocco delle Relazioni.





# Conclusioni



## LA RELAZIONE DI SOCCORSO

**E' PARTE INTEGRANTE DELLA CARTELLA  
CLINICA DEL PAZIENTE**

**E' IL PRIMO PASSO PER UNA BUONA  
RIUSCITA DELL'INTERVENTO  
DI SOCCORSO**

**HA VALORE LEGALE**

