

Questa scheda va utilizzata se:

- non si tratta di un trauma
- le funzioni respiratoria e cardiaca sono rimaste presenti durante tutto l'intervento
- l'assistito ha almeno 14 anni
- non era presente un dolore toracico
- NON sono stati rilevati disturbi neurologici focali con presenza di almeno uno dei criteri della Cincinnati Prehospital Stroke Scale

Con fondo grigio, come sulla scheda, i dati che dovrebbero essere sempre rilevabili; in blu quelli cambiati rispetto al 2009

CODICE DEFINIZIONE DATO

ISTRUZIONI E NOTE

1) IDENTIFICATIVO		
1.a	Numero scheda	Numero progressivo delle schede dispatch; viene fornito dalla centrale Operativa
1.b	Data	Giorno, mese e ed anno in cui è stata attivata l'ambulanza; (formato: GG/MM/AA);
1.c	Ora arrivo	E' l'orario di arrivo sul posto dell'ambulanza (o altro mezzo di soccorso) specificata al quadro 1.d, secondo quanto risulta all'equipaggio; nella scheda informatizzata risulterà l'orario di arrivo registrato in Centrale; va comunque indicato in quanto è necessario sul documento consegnato al paziente (oltre che per identificare l'evento, nel caso il numero scheda risulti errato). Se l'ora di arrivo è posteriore all'ora di prima rilevazione parametri vitali (prima colonna del quadro 3a) si deve intendere che la prima rilevazione è stata svolta da personale diverso da quello che ha compilato la scheda
1.d	Sigla ambulanza	Sigla radio del mezzo che ha effettuato l'intervento; se sono intervenuti più mezzi è la sigla dell'ambulanza che ha svolto il trasporto; se il trasporto non è stato svolto è la sigla dell'equipaggio che ha giudicato il soggetto non abbinabile di ricovero, o comunque compilato la scheda intervento
1.e	Equipaggio	alfa = equipaggio con medico beta = equipaggio con infermiere e soccorritori gamma = equipaggio con soli soccorritori Se sono intervenuti più equipaggi e quello che trasporta il soggetto NON comprende la risorsa più elevata, barrare SIA la casella corrispondente all'equipaggio più elevato che quella corrispondente alla tipologia di equipaggio che svolge il trasporto. Ad esempio: su un intervento per più soggetti, intervengono un'ambulanza medicalizzata ed una di volontari; per il paziente trasportato dalla medicalizzata barrare solo "alfa"; per quello trasportato dai volontari barrare sia "alfa" che "gamma". Se sull'ambulanza dei volontari sono saliti medico ed infermiere dell'automedica/ambulanza medicalizzata, barrare solo alfa.
1.f	Località	Località in cui è stato effettuato l'intervento
1.g	Comune	Comune in cui si trova il luogo dell'intervento
1.h	Via	Indirizzo presso cui è avvenuto l'intervento; in caso di intersezione di strade indicare la via principale
1.i	N. civico/riferimento	Numero civico presso cui è avvenuto l'intervento; in caso di interventi in strada riportare il numero civico dell'edificio di fronte all'evento; se si tratta di un incrocio riportare la via che interseca quella già registrata al punto 1g; in assenza di tali dati riportare un riferimento ("bagni numero 6", "sottopassaggio pedonale", "di fronte all'edicola")
1.l	Codice fiscale	Codice di 16 fra cifre e caratteri assegnato ad ogni cittadino italiano dal Ministero dell'Economia; è riportato anche sulla tessera sanitaria. [competete alla Regione trasformare il codice fiscale che riportiamo sulla scheda in un "codice univoco" di venti caratteri prima dell'invio dei dati al Ministero]

1.m	Codice TEAM	Codice identificativo dell'istituto che assicura l'assistito dal punto di vista sanitario; si trova sulla tessera sanitaria europea (quella blu a forma di carta di credito) sul retro, alla penultima riga a destra, sotto l'indicazione: "numero di identificazione dell'istituzione". Nella tessera di un italiano sarà: SSN-MIN SALUTE – 500001. Secondo il NSIS Il codice TEAM deve essere obbligatoriamente indicato solo per cittadini stranieri di paesi dell'Unione Europea;
1.n	Cognome	Cognome dell'assistito. Per le donne cognome da nubile. Se l'identità non fosse rilevabile scrivere "sconosciuto"
1.o	Nome	Nome o nomi dell'assistito, possibilmente nella forma e nell'ordine riportati su un documento
1.p	Data di nascita	Data di nascita dell'assistito (formato: GG/MM/AA)
1.q	Sesso	in caso di dubbio, fare riferimento al sesso fenotipico
1.r	Residenza o nazione estera	La residenza va annotata <u>solo se diversa dal luogo dell'intervento</u> . In caso di residenti all'estero, riportare il nome dello Stato <u>del quale sono cittadini</u>
1.s	Codice invio	E' il codice dispatch assegnato dalla Centrale Operativa, in seguito alla chiamata (esempio KC8Ralfa). Se il codice invio cambiasse in seguito ad ulteriori notizie fornite dal chiamante, registrare <u>l'ultimo codice comunicato dalla Centrale</u>
1.t	Percorso Dispatch	E' la codifica relativa al disturbo principale che ha fatto assegnare il codice di rientro. Nella provincia di Pesaro viene comunicata via radio dalla centrale all'ambulanza in partenza. Elenco dei percorsi dispatch è presente su tutte le ambulanze.

2.a	Precedenti patologici	Indicare le patologie già sofferte dall'assistito; la classificazione è analoga a quella presente sulla scheda informatizzata; nel caso di patologie oncologiche barrare solo "neoplastici" e non l'apparato di origine del tumore.
2.b	Anamnesi	Spazio libero per la descrizione della storia clinica, in particolare quella relativa all'evento; c'è un relativo campo sulla scheda intervento informatizzata
2.c	Terapia domiciliare	Riportare il trattamento che l'assistito ha effettivamente assunto negli ultimi giorni (che non necessariamente corrisponde a quello prescritto); c'è un relativo campo sulla scheda intervento informatizzata
2.d	Sintesi diagnostica / note	Costituisce il riassunto della condizione clinica dell'assistito; in analogia con la "diagnosi" del verbale di Pronto Soccorso, rappresenta in "poche parole" il giudizio complessivo sullo stato del paziente; (esempio: "perdita di coscienza transitoria associata a cardiopalmo in iperteso") deve essere congrua con i dati riportati nel resto della scheda, che però risultano di lettura meno immediata soprattutto a chi non ha competenze sanitarie; tenere presente che sarà l'informazione più importante per il paziente e quella davvero presa in considerazione dai colleghi ospedalieri Il corrispondente campo nella scheda informatizzata si trova in fondo alla scheda stessa.
2.e	Codice patologia	da indicare <u>solo se non corrisponde a quello di invio precisato al punto 1.t</u> (ad esempio se siamo stati inviati per un "C19" e ci troviamo di fronte ad un problema cardiologico indicheremo "C2")

3) Obiettività

3.a Parametri vitali. Nella prima colonna riportare i parametri vitali riscontrati all'arrivo (sono su fondo grigio perché non dovrebbero mancare). Nelle altre due colonne riportare eventuali controlli (in particolare se i parametri vitali iniziali erano alterati o se vi sono state modifiche nello stato clinico). Indicare l'ora in cui sono stati rilevati i parametri vitali; se l'ora della prima rilevazione è antecedente all'ora di arrivo (quadro 1c) significa che i primi parametri sono stati rilevati da un altro equipaggio e riferiti a quello che ha compilato la scheda intervento.

3.a.1	Glasgow Coma Scale	Riportare il valore GCS; La tabella del Glasgow Coma Scale è riportata per consultazione nelle prime pagine del raccoglitore schede. Se il soggetto è cosciente e vigile ma presenta problemi nel verbalizzare la risposta (perché è afasico o disartrico...) il punteggio GCS risulterà erroneamente basso; aggiungere una "T" al punteggio GCS per sottolineare questa condizione:
-------	--------------------	--

		ad esempio "11T (E4V1M6)". "T" sta per "tubo" in quanto si tratta di un accorgimento ideato per i pazienti intubati.
3.a.2	Freq. respiratoria	Numero di atti respiratori al minuto.
3.a.3	Saturazione di ossigeno	Il valore scritto nella casella "sul posto" andrebbe rilevato <u>prima</u> di somministrare ossigeno (eccetto i pazienti che sono già in ossigenoterapia cronica). Se è stato somministrato ossigeno prima di utilizzare il pulsiossimetro, segnalare "con ossigeno" nell'ultima colonna. Se non rilevabile annotare: NR
3.a.4	Frequenza cardiaca	Numero delle pulsazioni al minuto. In caso di fibrillazione atriale indicare la frequenza media Nella stessa colonna barrare "R" se ritmico; "A" se aritmico
3.a.5	Pressione arteriosa	Valore della PA sistolica e diastolica in mmHg. Se non apprezzabile scrivere "non rilevabile" o NR
3.b (Altra obiettività) Consente di registrare con "crocette" (o cerchiando) i principali segni clinici di un soggetto adulto non traumatizzato; notare che la prima colonna presenta la condizione "normale" di ogni segno; un soggetto con obiettività negativa dovrebbe avere una serie di "croci" tutte su questa colonna (o meglio un ovale che "cerchia" tutta la colonna, ovvero un tratto di penna verticale sulla colonna stessa). Per quanto riguarda i punti da 3b1 a 3b9, la seconda colonna, ove utilizzata, comprende alterazioni in fase iniziale di ognuno dei segni; la quarta si riferisce a stato avanzato di compromissione; nella terza, ove indicato, è possibile segnalare la localizzazione di un'alterazione, sia in fase iniziale che avanzata; <u><i>pertanto segnalazioni sulla colonna 3 saranno sempre associate ad una indicazione sulla colonna 2 o sulla 4.</i></u>		
3.b.1	Vie aeree	Pervie = nessuna alterazione nel passaggio di aria nelle vie aeree superiori. Ostruite = ostacolo nelle vie aeree che permette comunque un passaggio, almeno parziale, di aria: esempio presenza di rigurgito gastrico in orofaringe, oppure corpo estraneo non completamente occludente. Necessita di trattamento che sarà specificato in 5.a Occluse: le vie aeree sono completamente chiuse e non vi è passaggio di aria. L'occlusione può essere anche transitoria (esempio ipotonia della lingua in soggetto supino privo di coscienza). Se le vie aeree sono occluse la frequenza respiratoria "sul posto" (3.a.2) deve essere "00"
3.b.2	Espansione toracica	Normale: movimento fisiologico della gabbia toracica nel suo insieme. Ridotta: parte della gabbia toracica non si espande normalmente; può essere dovuto a malattie pleuropolmonari, a dolore; include i casi di respirazione diaframmatica; se vi è una asimmetria ventilatoria segnare il lato in cui l'espansione toracica è ridotta; se l'espansione è diffusamente ridotta, segnare sia "dx" che "sx". Assente: non vi sono movimenti respiratori efficaci; se fosse bilaterale, prendere in considerazione l'ipotesi di utilizzare scheda intervento arresto cardiorespiratorio
3.b.3	Respiro	rantoli = presenza di rumori da accumulo di fluidi nelle vie aeree sibili = presenza di broncospasmo ortopnea = l'assistito è costretto a mantenere la posizione semiseduta per poter respirare meglio. Ovviamente la rilevazione di tali segni compete al personale medico.
3.b.4	Riempimento capillare	Premuto il letto ungueale del paziente si calcola il tempo occorrente perché torni irrorato dopo avere rilasciato la pressione; (in genere il tempo occorrente per ripetere mentalmente le parole "riempimento capillare" è di circa 2 secondi). nell'adulto e nel bambino i riferimenti sono i seguenti Normale: il letto ungueale torna irrorato entro 2 secondi Ridotto: occorrono più di due secondi per far tornare irrorazione nel letto ungueale Assente: non vi è ritorno di irrorazione Secondo AMLS nella donna i tempi normali sono lievemente più lunghi; nell'anziano tollerare anche tempi fino a 4 sec.
3.b.5	Polso radiale	
3.b.6	Cute	Normale: secondo i libri è di colorito roseo (nei soggetti di razza bianca), calda, secca. La sudorazione "calda" dovuta al calore e/o allo sforzo, rientra, ai fini del trauma, nella categoria normale Pallore: la vasocostrizione rende la cute meno colorita e più fredda; può essere ancora "secca": in questo caso barrare solo questa

		casella; in altri casi può essere sudaticcia: in <u>tal caso barrare anche "diaforesi"</u> Cianosi: stasi di sangue non ossigenato che si manifesta con colorito bluastro e raffreddamento; la cute può essere ancora "secca": in questo caso barrare solo questa casella; <u>può invece essere anche sudaticcia: barrare anche "diaforesi"</u> Diaforesi: sudorazione "fredda" dovuta a spremitura delle ghiandole sudoripare da parte dell'adrenalina endogena; <u>se si associano pallore o cianosi barrare anche le relative caselle</u>
3.b.7	Stato coscienza	disorientato = non sa collocarsi nel tempo e nello spazio (dove siamo?; che giorno è?); lo stesso soggetto può essere disorientato ED agitato ovvero disorientato E rallentato; in tal caso barrare due colonne in questa riga agitato = ideazione e/o attività motoria aumentate; si può accompagnare ad ansia; include i casi in cui il soggetto contrasta il soccorso in modo violento rallentato = stato di coscienza diminuito; va dalla tendenza al sopore fino al coma vero e proprio;
3.b.8	Deficit stenici	Mancanza o calo di forza ad gruppo di muscoli, in assenza di traumi locali. Nel caso il deficit stenico interessi un solo lato del corpo e la sua recente insorgenza sia il motivo della chiamata di soccorso, esegui la Cincinnati Prehospital; se almeno uno dei tre criteri fosse presente, sarebbe opportuno utilizzare la "scheda intervento per Ictus". Se invece il deficit scenico focale era già presente (esiti di ictus) e l'assistito ha chiamato per un altro disturbo si può continuare senz'altro ad utilizzare questa scheda, registrando in questo quadro la localizzazione del deficit stenico; precisare nel "dettaglio obiettività" (quadro 3.c) l'area corporea interessata dal deficit Se vi è deficit stenico bilaterale (lesioni midollari) barrare entrambe le caselle (Dx) e (Sx); precisare, se possibile, nella sintesi diagnostica (o nelle Note) il livello a cui è presente il deficit. Quando il paziente "muove tutto" barrare "no"
3.b.9	Disturbi sensibilità	Toccare le estremità del paziente e chiedere se "sente toccare".
3.b.10	Pupille	Se le pupille sono isocoriche, reagenti, in stato intermedio di contrazione, barrare "normali" In caso di miosi (eccessiva riduzione del diametro della pupilla) o midriasi (dilatazione della pupilla) segnalare il lato. Se si tratta di alterazione bilaterale crociare sia "Dx" che "Sx".
3.b.9	Addome	meteorico = tensione addominale e/o timpanismo alla percussione da presenza eccessiva di gas intestinali difeso = la parete addominale reagisce al dolore evocato dalla palpazione intrattabile = la tensione addominale e/o il dolore rendono l'addome non visitabile. Anche in questo caso la rilevazione di tali segni compete al personale medico
3.c Dettaglio obiettività		Spazio libero per completare e/o precisare la descrizione dei segni clinici.

4) Accertamenti

4.a	Visita generale	Si tratta di una delle prestazioni introdotte da NSIS, senza specificarne le caratteristiche: a giudizio dei responsabili delle Centrali 118 delle Marche va intesa come visita effettuata da un medico: pertanto non è possibile barrare visita generale nel caso non sia stato inviato sul posto un medico. Tale approccio è conforme a quanto era già stato indicato relativamente a obiettività polmonare (punto 3.b.3) ed assominale (punto 3.b.9)
4.b	monitor	è stato effettuato monitoraggio cardiaco
4.c	ECCG	è stato effettuato (e stampato) almeno un elettrocardiogramma a 12 derivazioni
4.d	Temperatura	E' stata rilevata temperatura corporea: annotare il valore (in gradi centigradi)
4.e	Glicemia	Riportare il valore della glicemia capillare in mg/100ml. Se sono stati effettuati più controlli nel corso dello stesso intervento riportare in questo spazio la prima rilevazione (viene inteso sia stata eseguito all'ora di arrivo dell'ambulanza); i valori successivi andranno annotati nello spazio "sintesi diagnostica/note" con l'indicazione: "glicemia ore : ml/dl"
4.f	Stick urine	Barrare se è stato effettuato il test; riportare nel corrispondente spazio solo i valori alterati (connessi con la patologia che ha

		richiesto l'intervento)
--	--	-------------------------

5) Provvedimenti		
5.a VIE AEREE		
5.a.1	apertura manuale	Include inclinazione del capo – sollevamento del mento, sublussazione della mandibola,
5.a.2	cannula orofaringea	Cannula orofaringea tipo guedel o simili
5.a.3	cannula rinofaringea	
5.a.4	aspirazione	Rimozione di liquidi dalle vie aeree tramite dispositivo meccanico o manuale
5.a.5	rimozione corpo estraneo	include "finger sweep"
5.a.6	manovra di Heimlich	oltre alle compressioni addominali vere e proprie, include anche le percussioni interscapolari nel caso invece siano state eseguite compressioni sternali prendere in considerazione l'utilizzo della scheda arresto cardiorespiratorio
5.a.7	tubo tracheale	indicare dimensione
5.a.8	tubo combinato	Include combitube, maschera laringea, e tutti i dispositivi a doppio lume
5.b VENTILAZIONE		
5.b.1	Ossigeno l./m.....	Indicare il numero di litri minuto di ossigeno somministrati. Se la casella rimane in bianco significa che non è stato somministrato ossigeno.
5.b.2	maschera con reservoir	è stato utilizzato un dispositivo di ossigenazione con serbatoio supplementare per fornire ALTI flussi
5.b.3	"occhialini"; "Venturi"	l'assistito è stato ossigenato con dispositivi per erogazione di BASSI flussi
5.b.4	AMBU; "va e vieni"	Indica che è il paziente ha avuto necessità di assistenza ventilatoria tramite dispositivo manuale: include pallone autoespansibile (tipo Ambu), pallone tipo "va e vieni", maschera tascabile.
5.b.5	C-PAP	l'assistito è stato ossigenato con dispositivo che fornisce pressione positiva di fine espirazione
5.b.6	respiratore	Il paziente ha avuto bisogno di assistenza respiratoria tramite dispositivo meccanico
5.c CIRCOLO		
5.c.1	agocannula n....	è stata posizionata almeno una linea venosa; indicare il/i numero/i corrispondenti al calibro dell'agocannula utilizzata se la linea venosa non è più utilizzabile al momento dell'arrivo in Pronto Soccorso, segnalare "linea venosa persa" nella colonna Complicanze
5.c.2	scaldafluidi	barrare se i fluidi da infusione sono stati riscaldati
5.c.3	spremisacca	barrare se i fluidi sono stati infusi a pressione (anche se è stato fatto a mano o con uno sfigmomanometro)
5.c.4	prelievo ematico	barrare se sono stati prelevati campioni per gli esami ematici
5.c.5	pacemaker transcutaneo	è stato utilizzato il pacemaker transcutaneo per una bradicardia sintomatica
5.c.6	cardioversione	è stato utilizzato il defibrillatore per trattare un'aritmia con polso presente
5.c.7	interpretazione ECG	Il tracciato è stato interpretato da un medico del 118 Mentre l'esecuzione del tracciato (vedi punto 4.c) è un accertamento, e può essere effettuata anche da personale non medico, la sua interpretazione è una prestazione medica a tutti gli effetti. Quindi quando il tracciato è stato sia eseguito, che interpretato dal medico barrare sia 4.c che 5.c.7 Se il tracciato è stato trasmesso non è possibile barrare che è stato interpretato sul posto: il punto 5.c.7 ed il punto 5.c.8 si

		escludono a vicenda
5.c.8	trasmissione ECG	Il tracciato è stato trasmesso o comunque fatto pervenire per la decisione sul trattamento da svolgere ad un medico che non è intervenuto sul posto. Barrare questo punto esclude che possa essere barrato il punto 5.c.7
5.d ALTRE NECESSITA'		
5.d.1	catetere vescicale	se il sacco di drenaggio è stato tolto o vuotato, segnalare nello spazio sottostante ("altri provvedimenti") il ristagno
5.d.2	sondino nasogastrico	
5.d.3	protezione termica	sono state utilizzate coperte e/o metalline e/o altri sistemi di riscaldamento diversi da scaldafiumi (eventualmente segnalato in 5c.2)
5.d.4	medicazione	disinfezione e protezione con bende di lesioni cutanee
5.d.5	ghiaccio	
5.e SPOSTAMENTO		
		Indica i dispositivi utilizzati per trasportare l'assistito fino in Pronto Soccorso. Si può barrare più di un dispositivo (ad esempio sedia cardiopatici ED autocaricante)
5.e.1	(deambulante)	da barrare quando il soggetto è stato trasportato in ospedale MA NON E' STATO UTILIZZATO ALCUN DISPOSITIVO DI TRASPORTO; se non è barrato e non vi è indicazione su altri dispositivi di trasporto, si dovrebbe intendere che il soggetto, benché allettato, non necessitava di trasporto
5.e.2	sedia cardiopatici	è stata utilizzata la sedia (in genere per scendere le scale o prendere l'ascensore)
5.e.3	telo con maniglie	il soggetto non può essere messo seduto, ma l'autocaricante non arriva fino al suo letto
5.e.4	barella a cucchiaio	alternativa al telo, in particolare se i soccorritori sono solo 2 o se occorre maggiore rigidità
5.e.5	barella autocaricante	
5.f Altri provvedimenti		
		spazio libero per precisare altri provvedimenti effettuati (le possibilità a questo livello sono davvero tante)

6) Complicanze		
6.a	Nessuna	barrare il quadro se NON vi sono state complicanze durante il trasporto E' stata messa su fondo grigio per ricordare di segnalare anche nei soggetti cui non si fa alcun trattamento
6.b	dolore.....	specificare l'area corporea in cui è presente il dolore
6.c	linea venosa persa	nel caso non sia più possibile infondere liquidi attraverso la via venosa
6.d	stravaso infusioni	è presente uno stravaso di liquidi a livello del catetere venoso
6.e	trauma da trasporto	durante gli spostamenti conseguenti all'intervento l'assistito ha urtato un ostacolo o è caduto..... dettagliare l'accaduto nello spazio "sintesi diagnostica/note".
6.f		vomito, dispnea, agitazione, reazione allergica, shock – ipotensione, convulsioni sono termini autoesplicativi
6.m		sono gli stessi presenti nella scheda informatizzata
6.n	decesso	è stato lasciato in quanto è anch'essa una complicanza prevista nella scheda informatizzata; ma considera di utilizzare la scheda arresto cardiorespiratorio
6.o	altro	precisare la complicanza verificatasi, ove diversa da una delle precedenti

7) Farmaco	E' stato lasciato spazio libero, in analogia con quanto presente sulla scheda informatizzata Indicare nome della sostanza somministrata, dose, via di somministrazione (endovena, intramuscolo....), ora in cui è stata somministrata. Fluidi da infusione vanno segnalati fra i farmaci (come nella scheda informatizzata)
-------------------	---

8) Valutazione		
8.a	Valutazione Sanitaria	<p>Barrare l'indice di valutazione sanitaria assegnato all'assistito in base alle sue condizioni cliniche all'arrivo sul posto. Non cambia anche se le condizioni del paziente variassero nel corso dell'intervento in quanto "fotografa" la situazione all'arrivo.</p> <p>Formato: uno solo fra i seguenti indici numerici:</p> <p>0: la patologia non necessita di intervento: è il caso in genere degli interventi richiesti da terzi, quando si arriva sul posto e ci si rende conto che la persona coinvolta non ha bisogno di trattamenti sanitari da parte del soccorso territoriale ; oppure la codifica di coloro che sono coinvolti in un incidente con feriti, ma sono rimasti incolumi (esempio il conducente dell'auto che ha urtato un ciclomotore); o anche quando il soggetto non viene rintracciato (specificarlo nelle note)</p> <p>1: parametri vitali normali e, in base al tipo di patologia, non suscettibili di deterioramento</p> <p>2: parametri vitali normali, ma, in relazione al tipo di patologia, non si può escludere un deterioramento</p> <p>3: almeno un parametro vitale alterato o presenza di segni/sintomi di disagio emodinamico</p> <p>3av = 3 avanzato: respiro e/o polso assenti all'arrivo sul posto</p> <p>4: soggetto trovato deceduto</p> <p>N.B. Fare riferimento alla tabella allegata alla procedura "Nuova Codifica interventi di Soccorso" datata 21/12/2009; è derivata da quella presente sulle linee guida regionali del 2005 con la variazione per cui a verde corrisponde 1, a giallo 2 ed a rosso 3. Se un parametro vitale è di poco alterato e, dalla dinamica, si può supporre che si tratti semplicemente di un fatto funzionale, è indicato rivalutare il parametro dopo un breve tempo per controllare se si è normalizzato ed assegnare l'indice di valutazione sanitaria in base al valore di questa seconda misurazione.</p> <p>Il valore dei parametri vitali andava indicato ai punti 3.a.1, 3.a.2, 3.a.3, 3.a.4, 3.a.5.</p>
8.b	Codice finale	<p>Indica la criticità dell'assistito al momento in cui termina la presa in carico da parte degli operatori 118. Viene valutato per la prima volta dopo il caricamento in ambulanza dell'assistito (o al momento in cui si decide di lasciarlo sul posto), e comunicato alla centrale - assieme alla valutazione sanitaria - per poter dare un'idea al Pronto Soccorso delle risorse che deve approntare se il soggetto accettasse di essere trasportato. Questo codice può cambiare durante il trasporto. Nel caso cambi, comunicarlo alla Centrale ed indicare sulla scheda l'ultimo codice assegnato.</p> <p>Il codice finale viene assegnato anche se il soggetto rifiuta il trasporto: un soggetto che avremmo codificato verde e non vuole essere trasportato in ospedale rimane verde, anche se al Pronto Soccorso non verrà comunicato alcunché.</p> <p>Non dovrebbe esistere un "bianco, rifiuta trasporto"</p> <p>Possibili valori</p> <p>B = Bianco: non critico; si differenzia dagli altri codici in quanto le condizioni cliniche dell'assistito, in condizioni normali, dovrebbero essere gestite a domicilio; include sia i soggetti che effettivamente non vengono trasportati, sia coloro che vengono trasportati per motivi di opportunità dovute alla situazione ambientale invece che allo stato clinico. Ad esempio il soggetto che si è sfilato il catetere vescicale, ma né il curante né l'ADI sono in grado di intervenire per il riposizionamento (purchè non vi siano già sintomi clinici quali il dolore ipogastrico dovuto alla ritenzione acuta di urine, nel qual caso la codifica sarà verde o giallo)</p> <p>V = Verde: poco critico: il Pronto Soccorso non viene informato del suo arrivo in quanto l'assistito, benchè le sue condizioni cliniche richiedano provvedimenti di Pronto Soccorso, può attendere in lista;</p> <p>G = Giallo: mediamente critico: viene informato l'infermiere di triage; l'assistito verrà visitato in un ambulatorio appena possibile</p> <p>R = Rosso: molto critico: viene informato anche il medico di Pronto Soccorso che attenderà l'assistito nella sala di emergenza</p> <p>R av = Rosso Avanzato: respiro e/o polso assenti all'arrivo in Pronto Soccorso (rianimazione in corso; il personale di Pronto Soccorso è pronto per manovre rianimatorie in sala di emergenza)</p> <p>N = Nero: soggetto deceduto al termine della presa in carico: se è stato trovato deceduto sarà 4nero; se è deceduto sul posto dopo trattamento sarà 3nero (o 3avanzato-nero) con esito: "non trasportato"; se deceduto durante il trasporto sarà 3nero (o 3avanzato-nero) con esito: "trasportato a Pronto Soccorso (o Camera Mortuaria) di...."</p>

		<p>Benchè per gli infarti sarebbe indicato utilizzare la scheda toracoalgia, ricordiamo anche in questa sede che per convenzione un infarto diagnosticato elettrocardiograficamente avrà sempre codice finale rosso. Nel caso i parametri vitali siano normali si tratterà di un 2Rosso. Se almeno un parametro vitale è alterato (o comunque sono presenti segni di disagio di circolo) si tratterà di un 3Rosso.</p> <p>Se durante il trasporto il soggetto perdesse polso e/o respiro andrebbe segnalato "Rosso avanzato" Solo i medici possono assegnare il codice nero; nel caso personale non medico fosse costretto dalle circostanze a trasportare il paziente dovrebbe assegnare rosso avanzato Valutazione sanitaria e codice finale vanno indicati per tutti gli interventi in cui l'assistito sia stato trovato (fondo grigio).</p>
8.c	Sirene	<p>Indica che sono stati utilizzati lampeggianti e sirene Va barrato "A" se sono stati utilizzati lampeggianti e sirene durante il percorso di andata. Va barrato "R" se sono stati utilizzati lampeggianti e sirene durante il percorso di rientro in ospedale</p>
8.d	Patologia riscontrata	<p>E' la nuova definizione NSIS di quanto sulla scheda informatizzata era indicato come "elenco diagnosi". NSIS individua 74 possibili patologie. Alcune però mancano, mentre per altre vi è un generico "altro". Continueremo a scrivere la patologia prevalente con la terminologia dell'elenco già a disposizione delle Potes. Sarà compito di chi trascrive i dati sul sistema informatico individuare la definizione NSIS che meglio si riferisce alla patologia riportata sulla scheda intervento cartacea.</p>

9 ESITO INTERVENTO		
9.a	Rifiuta intervento	Barrare se il soggetto per cui è stata richiesta l'ambulanza necessita di qualche intervento (sia trattamento che semplice valutazione), ma non fornisce il consenso ad eseguirlo. Fare firmare nello spazio sottostante di questa scheda (sopra lo spazio firma del medico) o fare firmare apposita scheda separata.
9.b	Rifiuta trasporto	Il soggetto ha acconsentito a farsi trattare e/o valutare sul posto; di fronte al suggerimento di continuare accertamenti e/o trattamenti in Pronto Soccorso preferisce non salire in ambulanza (è influente se afferma che verrà in Pronto Soccorso con mezzi propri); barrare la casella e fare firmare nello spazio sottostante di questa scheda (sopra lo spazio firma del medico) o fare firmare apposita scheda separata.
9.c	Non trasportato	Abbiamo operato una valutazione e/o qualche trattamento sul posto che hanno risolto la situazione, e <u>non è necessario proseguire l'intervento in Pronto Soccorso</u> . Ricordo che se invece il paziente non ha proprio bisogno di alcun intervento sanitario (neppure sul posto), si assegna l'indice di valutazione sanitaria "0".
9.d	Trasportato a.....	Annotare l'ospedale di destinazione. <u>Se il reparto di destinazione NON è il Pronto Soccorso, specificare anche il reparto (esempio Emodinamica Pesaro; Ostetricia Fano)</u>
9.e	Equipaggio	Segnalare i cognomi dei componenti l'equipaggio che ha redatto la scheda di intervento
9.f	Firma	Firma di chi ha compilato la scheda di intervento (in genere l'operatore con la qualifica superiore nell'equipaggio)