

**Allegato 2**

N. \_\_\_\_\_ TPX 5906

**Sistema Integrato Sanità in Maxiemergenza**  
**SCHEDA SANITARIA PMA**

<b>TERRITORIO</b>	squadra	Cognome _____ Nome _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>TRIAGE START TERRITORIO</b> Può camminare? _____ → <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Respira? <input type="checkbox"/> NO dopo distruzione? _____ → <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → <input type="checkbox"/> SI FR > 30? _____ → <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Polso radiale? _____ → <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Esegue ordini semplici _____ → <input type="checkbox"/> SI
	Luogo e data di nascita _____ Sede di recupero _____ Data _____ Ora _____ Problema sanitario _____ Provvedimenti _____ Operatore: _____	Invio al PMA _____ Rifiuta (firma) _____ Altro _____	
<b>PMA entrata h</b>	squadra	Problema sanitario _____ Provvedimenti _____ Operatore: _____	<b>TRIAGE START PMA</b> Può camminare? _____ → <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Respira? <input type="checkbox"/> NO dopo distruzione? _____ → <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → <input type="checkbox"/> SI FR > 30? _____ → <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Polso radiale? _____ → <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Esegue ordini semplici _____ → <input type="checkbox"/> SI Orientamento diagnostico _____
	Problema sanitario _____ Provvedimenti _____ Operatore: _____	Orientamento diagnostico _____	

T3

T2

	Cognome nome _____ [ ] M [ ] F età _____ Trasporto [ ] ELI [ ] MSA [ ] MSB [ ] _____ Esito [ ] DIMESSO [ ] OSP _____ [ ] RIFIUTA _____
--	--

	Valutazione	Trattamento	Farmaci e giudizio clinico
PMA	<b>A</b>	<input type="checkbox"/> OSSIGENO <input type="checkbox"/> CANNULA ORO/NASO FARINGEA <input type="checkbox"/> INTUBAZIONE OT/NT <input type="checkbox"/> CRICOTIROIDOTOMIA AGO/CHIR <input type="checkbox"/> COLLARE CERVICALE	
	<b>B</b>	<input type="checkbox"/> VENTILAZIONE RIDOTTA MONOLAT.	<input type="checkbox"/> DRENAGGIO TORACICO AGO/TUBO
	<b>C</b>		<input type="checkbox"/> LIQUIDI _____ tot _____ <input type="checkbox"/> TAMPONAMENTO FERITE/SUTURE <input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> ACCESSI VENOSI
	<b>D</b>	<input type="checkbox"/> GCS _____ <input type="checkbox"/> PUPILLE _____	
	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA _____	<input type="checkbox"/> IMMOBILIZZAZIONE

	monitoraggio			TRIAGE FAST					diagnostica			
	valori h	valori h	valori h	parametri	non critici	sub critici	critici	valori uscita	codici colore			
h				pervietà vie aeree			NO					<input type="checkbox"/> RX
				frequenza respiratoria	> 25		<9					<input type="checkbox"/> RX
				saturimetria periferica		90-94%	<90%					<input type="checkbox"/> RX
				emorragia importante			SI					<input type="checkbox"/> ECO
				frequenza cardiaca	> 130							<input type="checkbox"/> ECO
				PA sistolica			< 100					<input type="checkbox"/> E_lab
				AVPU		V.NO LATO		P-U, V+ LATO				<input type="checkbox"/> E_lab
												<input type="checkbox"/> E_lab
Uscita data	Orientamento diagnostico:									Operatore:		
	<b>DESTINAZIONE</b>				<b>Priorità:</b> <input type="checkbox"/> CHIR. GEN. <input type="checkbox"/> CHIR. SPEC. _____							
	<input type="checkbox"/> dimissione <input type="checkbox"/> ospedale <input type="checkbox"/> rifiuta				<input type="checkbox"/> RIANIMAZIONE <input type="checkbox"/> MEDICINA <input type="checkbox"/> OSSERVAZ. <input type="checkbox"/> PEDIATRIA <input type="checkbox"/> GINECOLOGIA <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA <input type="checkbox"/> ALTRO _____							
									<b>Mezzo:</b> ELIAMB AMB A AMB B			
									RICHIESTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UTILIZZATO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIGLA _____			

