

CHECK DI VALUTAZIONE PAZIENTE NON TRAUMATICO

IN PRESENZA DI UNO O PIU' O NEI CASI DUBBI.

CONTATTARE LA C.O. 118 SOCCORSO ALPINO 800848088

1-QUALIFICARSI (SONO DEL SOCCORSO ALPINO)

2-RASSICURARE (SONO QUI PER AIUTARLA)



IL PAZIENTE

- | | | |
|---|--|---|
| <p>3-RISPONDE A TONO ALLE DOMANDE
(nome,cognome,età,quale è il suo problema)</p> <p>4-RICORDA COSA GLI E' SUCCESSO</p> <p>5-RIFERISCE MAL DI TESTA INTENSO
O PIU' INTENSO DEL SOLITO (SENZA TRAUMA)</p> <p>6-HA DOLORE AL TORACE (SENZA TRAUMA)</p> <p>7-FA FATICA A RESPIRARE (SENZA TRAUMA)</p> <p>8-RIFERISCE INTENSO DOLORE ADDOMINALE
(SENZA TRAUMA)</p> <p>9- MUOVE MANI E PIEDI</p> <p>10- HA MANI/PIEDI INTORPIDITI/INFORMICOLITI</p> | <p>SI NO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>SOTTO SFORZO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SOTTO SFORZO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|---|--|---|

CHECK VALUTAZIONE CRITICITA' PAZIENTE TRAUMATICO

IN PRESENZA DI UNO O PIU' O NEI CASI DUBBI.

CONTATTARE LA C.O. 118 - SOCCORSO ALPINO 800848088

1-QUALIFICARSI (SONO DEL SOCCORSO ALPINO)

2-RASSICURARE (SONO QUI PER AIUTARLA)

COSA OSSERVARE E CHIEDERE AL PAZIENTE

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-------|--------------------------|-------|-------------------------------------|----------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|
| <p>3-RISPONDE A TONO ALLE DOMANDE
(nome,cognome,età,quale è il suo problema)</p> <p>4-RICORDA COSA GLI E' SUCCESSO</p> <p>5-RESPIRA CON AFFANNO</p> <p>6-E' PALLIDO IN VISO E/O HA SUDORAZIONE FREDDA</p> <p>7-SI VEDONO EMORRAGIE</p> | <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>DOVE LAMENTA DOLORE</p> <table border="0"> <tr> <td>TESTA</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>TORACE</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>COLLO/SCHI.</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>ADDOME</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ARTI SUPER.</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>ARTI INF.</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>INTENSITA' DEL DOLORE</p> <table border="0"> <tr> <td>LIEVE</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>FORTE</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MODERATO</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>INSOP.</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>MUOVE MANI E PIEDI <input type="checkbox"/></p> <p>HA MANI / PIEDI INTORPIDITI <input checked="" type="checkbox"/></p> | TESTA | <input checked="" type="checkbox"/> | TORACE | <input checked="" type="checkbox"/> | COLLO/SCHI. | <input checked="" type="checkbox"/> | ADDOME | <input checked="" type="checkbox"/> | ARTI SUPER. | <input checked="" type="checkbox"/> | ARTI INF. | <input checked="" type="checkbox"/> | LIEVE | <input type="checkbox"/> | FORTE | <input checked="" type="checkbox"/> | MODERATO | <input checked="" type="checkbox"/> | INSOP. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| TESTA | <input checked="" type="checkbox"/> | TORACE | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COLLO/SCHI. | <input checked="" type="checkbox"/> | ADDOME | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ARTI SUPER. | <input checked="" type="checkbox"/> | ARTI INF. | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LIEVE | <input type="checkbox"/> | FORTE | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MODERATO | <input checked="" type="checkbox"/> | INSOP. | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- COSA FARE**
- VALUTA LA DINAMICA DELL'INCIDENTE
- IMMOBILIZZA SE NECESSARIO TESTA/COLLO
- SPOSTA TENENDO IN ASSE LA COLON. VERT.
- IMMOBILIZZA LE FRATTURE
- PROTEGGI DAL FREDDO